

VD_GERICHTE ZD16.008253 vom 9. November 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.008253

FR: VD_GERICHTE ZD16.008253 du 9 novembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD16.008253 del 9 novembre 2016

Erwägungen

E. 4

a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès

- 17 - qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

E. 5

a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.). b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de - 18 - vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid.

E. 5.1

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du

E. 10

novembre 2015 consid. 4.3). c) En ce qui concerne les rapports de médecins du SMR, ceux-ci constituent un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, et non un examen médical sur la personne de l'assuré (au sens de l'art. 49 al. 2 RAI), ni une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Il s'agit d'une appréciation par le médecin interne du SMR du dossier médical de l'assuré qui a pour but d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de faire des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. De tels avis ont de ce fait une autre fonction que les expertises

- 19 - médicales au sens de l'art. 44 LPGA ou les résultats des examens médicaux auxquels procède le SMR. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF 9C_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 6.2). 6. a) L'assuré fait notamment valoir qu'il souffre d'une impotence partielle au bras gauche, sous forme d'une atrophie et d'une réduction de l'amplitude. Il ressort du courrier du Dr H. _____ du 3 mars 2015 que cette situation provient d'un remaniement

important de l'articulation de l'épaule consécutive très probablement à une fracture survenue dans la petite enfance et non traitée, et que depuis quelques années s'y ajoute vraisemblablement une aggravation de « l'arthrose » avec réduction de l'amplitude à l'élévation et à l'abduction, qui à partir de 80 ° s'avère très douloureuse. Comme vu ci-dessus (consid. 2b), il s'agit d'un motif qui aurait dû être traité comme une demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Or, le procédé consistant à demander la reconsidération d'une décision alors que le délai de recours pendant contre celle-ci est encore ouvert est abusif. Le grief concernant l'absence d'instruction quant à l'atteinte orthopédique aurait précisément dû être soulevé à l'occasion d'un tel recours. L'OAI n'a pas rendu de décision sur la demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA présentée en date du 3 mars 2015, mais s'est contenté d'instruire la cause uniquement sous

- 20 - l'angle de la révision de l'art. 17 LPGA, respectivement d'une nouvelle demande de prestations. Le fait que l'OAI ne se soit pas prononcé sur l'existence ou non d'un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA demeure sans incidence. En effet, selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a ; TF 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd., n° 73 ad art. 53 LPGA). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa ; TF 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1). Rien ne s'oppose à l'application de cette jurisprudence au cas d'espèce, si l'on considère que la décision litigieuse vaut décision implicite de refus d'entrée en matière sur la demande de reconsidération. En effet, dans sa décision du 21 janvier 2016, l'OAI s'est contenté de retenir que l'assuré disposait toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 21 juin 2013 et qu'il ne présentait aucun préjudice économique. Dans cette mesure, le recours n'est donc pas recevable sur ce point. Quoi qu'il en soit, l'atteinte au bras gauche n'est pas nouvelle, dans la mesure où le Dr H._____ faisait déjà état dans son rapport du 17 août 2012 d'une impotence fonctionnelle du bras gauche avec trouble du développement suite à un accident avec probables fractures multiples de l'épaule gauche dans l'enfance. Au demeurant, cette atrophie du bras gauche existe de longue date et n'a pas empêché l'assuré d'effectuer une formation de forgeron et de travailler de 2002 à 2007 comme machiniste.

- 21 - b) Il convient ensuite d'examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées. Pour ce faire, il s'agit d'apprécier l'état de santé du recourant, avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 3 février 2015, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. aa) Le recourant fait valoir qu'il souffre d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. Ce diagnostic a été évoqué en premier lieu par le Dr F._____ avant la décision du 3 février 2015, plus exactement le 10 juillet 2014. Il n'a cependant été confirmé par les examens usuels auprès du L._____ qu'après la décision du 3 février 2015. Cependant, ce n'est pas l'existence en elle-même d'un nouveau diagnostic qui entraîne une

aggravation de l'incapacité de travail. Seuls sont déterminants les effets de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il est notoire que l'apnée du sommeil entraîne de la fatigue. Or, la fatigue, ou l'asthénie, était déjà régulièrement mentionnée dans les rapports médicaux antérieurs à la décision du 3 février 2015 par les médecins cardiologues traitants (cf. rapports médicaux du Dr Z. _____ du 7 décembre 2012 et des médecins de l'Hôpital W. _____ du 24 juin 2013). Dans son écrit du 3 mars 2015, le Dr H. _____ indiquait expressément que le motif de la demande AI déposée en 2014 tenait essentiellement dans le fait que le patient présentait un état de fatigue chronique en lien avec, d'une part la fibrillation auriculaire, d'autre part un traitement de bêta-bloquants indispensable compte tenu de la tachy- arythmie. Le Dr J. _____ confirme également, dans son rapport du 13 juillet 2015, l'hypothèse que la fatigue soit liée au traitement bêta- bloquant. Or celui-ci était déjà prescrit avant la décision du 3 février 2015. Par ailleurs, des nouveaux rapports médicaux produits, on ne saurait déduire que cette fatigue se soit aggravée sous quelque forme que ce soit depuis le 3 février 2015 et par conséquent qu'elle influencerait d'une autre manière sur les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans une activité adaptée. Le Dr J. _____ décrit la situation comme stationnaire et a priori on devrait déduire de ce qualificatif qu'il n'existe pas de

- 22 - changement depuis sa prise en charge de l'assuré le 16 décembre 2014. A la question relative à l'énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, il mentionne la tachycardie et l'arythmie au moindre effort, les douleurs thoraciques chroniques (postopératoires), la fatigue et l'état dépressif. Celles-ci étaient déjà toutes connues à l'époque de la décision du 3 février 2015 et lorsque le Dr J. _____ indique qu'une activité de travail lui paraîtrait difficilement envisageable, il s'agit de fait d'une appréciation différente d'une situation identique, en l'occurrence, différente de celles du Dr F. _____ et du SMR. Quant au Dr G. _____, il considère le pronostic en principe favorable en cas d'adaptation au traitement par CPAP et mentionne à titre de restrictions la fatigue ainsi que le risque de somnolence dans des situations calmes et monotones, avec une diminution des performances, une fatigue et des troubles de concentration. Il ajoute qu'en cas de bonne adhérence thérapeutique, il ne devrait pas y avoir de limitations fonctionnelles. Outre que les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr G. _____ ne sont pas en fin de compte sensiblement différentes de celles retenues par le Dr F. _____ et le SMR, on peut encore se demander s'il ne pourrait être exigé de l'assuré de faire preuve d'une plus grande adhérence thérapeutique, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Un nouveau traitement, par orthèse d'avancement mandibulaire, a été mis en place contre les troubles d'apnée du sommeil, comme l'indique le Dr H. _____. Si celui-ci ne paraît pour l'instant, subjectivement, pas avoir apporté le bénéfice escompté, il a tout de même permis de rendre le sommeil de l'assuré apparemment plus tranquille. bb) S'agissant d'une éventuelle atteinte psychique, l'existence d'un trouble anxio-dépressif ou d'un état dépressif était déjà connue lors de la précédente procédure administrative, comme cela ressort des rapports médicaux du Dr H. _____ du 17 août 2012 et du Dr Z. _____ du 7 décembre 2012. Dans le cadre de la procédure actuelle, il n'existe absolument aucun rapport médical faisant état d'une péjoration de cette atteinte depuis le 3 février 2015. En outre, le dossier de l'assuré ne contient aucun rapport médical émanant d'un médecin psychiatre. Or, il sied de rappeler que l'existence d'une atteinte à la santé psychique

- 23 - suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, s'appuyant de lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). A cet égard, le recourant a produit un rapport médical émanant du psychiatre et psychothérapeute Dr C. _____, daté du 8 août 2016. Celui-ci ne suit toutefois l'assuré que depuis le 9 juin 2016, soit postérieurement à la date de la décision attaquée, le 21 janvier 2016, de sorte que ses conclusions ne sont pas susceptibles d'influencer la présente procédure. On peut en outre relever qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré, faute de l'avoir suivi suffisamment longtemps et que les troubles qu'il constate ne sont pas motivés et sont en partie basés sur les déclarations de l'intéressé. cc) Au vu de ce qui précède, il faut constater que l'assuré n'a pas démontré de modification sensible de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 3 février 2015, et qu'il n'y avait dès lors pas matière à réviser son droit aux prestations. 7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 p. 210 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; ATF 134 I 140 consid. 5.2 p. 147 s.; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429). 8. a) En conséquence, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit

- 24 - se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ce montant de 400 fr. est laissé provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.