

VD_GERICHTE ZD16.048859 vom 11. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.048859

FR: VD_GERICHTE ZD16.048859 du 11 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.048859 del 11 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal

- 10 - cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, par décision du 7 octobre 2016, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 19 mars 2015, lui a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1er octobre 2015 au 30 juin 2016 et lui a refusé le droit au reclassement. Dans son recours, le recourant ne conteste pas le refus du droit à un reclassement, mais requiert le maintien de sa rente d'invalidité. Le litige a donc pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 juin 2016, singulièrement le degré d'invalidité qu'il présente depuis cette date.

E. 2.3

; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. d) En l'occurrence, l'OAI a reconnu que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis les décisions des 7 et 21 octobre 2002, qui l'avaient mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 1998 puis d'une demi-rente du 1er avril 1999 au 31 août 1999. L'intimé a ainsi retenu que l'assuré avait présenté une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 7 octobre 2014, qui ouvrait le droit à une

- 13 - rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2015. Reste litigieuse la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé reconnue par l'OAI s'est prolongée au-delà du mois de mars 2016 ou si, comme le soutient l'OAI, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de cette date, amélioration qui a conduit à l'extinction de son droit à la rente après trois mois, soit au 30 juin 2016.

E. 3

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 LPGA) d'au moins

- 11 - 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 LPGA, 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 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 LPGA, 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 LPGA 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. c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente (ATF 131

V

- 12 - 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid.

E. 4

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 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

- 14 - 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. 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 10 novembre 2015 consid.

4.3).

E. 5

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale et définitive dans son activité de monteur d'échafaudages. Certes, lors du contrôle post-opératoire du 18 juin 2015, le Dr U. _____ a, dans un premier temps, émis un avis optimiste quant à l'amélioration de l'état de santé de son patient et envisageait même une reprise de son activité de monteur d'échafaudages à terme, contrairement à ce qu'avait retenu le médecin traitant de l'assuré, le Dr D. _____, dans son rapport médical du 2 avril 2015. En réponse à un questionnaire du SMR, le Dr U. _____ a toutefois fait savoir en décembre 2015 qu'une tentative de reprise de l'activité habituelle s'était soldée par échec, l'assuré étant incapable de grimper suffisamment bien les escaliers des échafaudages et de se pencher en portant des charges (cf. rapports médicaux des 15 et 21 décembre 2015). En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr U. _____ a indiqué dans ses rapports médicaux de décembre 2015 qu'une « activité permettant les changements de position

- 15 - et sans port de charge devrait être possible ce printemps » et qu'une reconversion était indispensable. Il a précisé qu'il reverrait le patient une année plus tard pour un nouveau contrôle clinique et radiologique. C'est sur la base de ces rapports médicaux que le SMR a retenu, dans son avis médical du 2 février 2016, une amélioration de l'état de santé du recourant dès mars 2016 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La prise de position du SMR n'emporte toutefois pas la conviction. D'une part, il faut relever que le Dr U. _____, en s'exprimant au conditionnel au sujet de la reprise du travail, n'émet qu'une hypothèse. D'autre part, il ne se prononce pas sur le degré de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré, le SMR s'écarte même de l'avis du neurochirurgien – qui excluait tout port de charges (cf. rapport médical du 21 décembre 2015) – en retenant, sur la base de la seule appréciation d'un de ses médecins rhumatologues qui n'a pas examiné l'assuré, que ce dernier est en mesure de soulever et de porter des charges inférieures à 7 kg. Ce faisant, il ignore totalement les renseignements donnés par le Dr U. _____ dans son rapport médical du 15 décembre 2015, à savoir que l'assuré est incapable de se pencher en portant des charges. De plus, dans ce même rapport, le Dr U. _____ évoque une amélioration seulement partielle des capacités physiques de son patient, précisant qu'il porte toujours son corset et arrive à marcher « un peu mieux » dans les escaliers. Par ailleurs, contrairement à ce que retient le SMR, on ne saurait déduire de la seule existence du rendez-vous de contrôle prévu par le Dr U. _____ à fin 2016 une stabilisation de l'état de santé du recourant, surtout à lecture du rapport médical de la Dresse X. _____ du 19 février 2016, laquelle a indiqué, après avoir examiné l'assuré, que le traitement sous forme de physiothérapie ainsi que d'infiltrations devait se poursuivre et réservait même l'éventualité de l'implantation d'un stimulateur médullaire. De son côté, le Dr F. _____ évoquait, à la date de sa consultation du 28 janvier 2016, une aggravation de l'état de santé antérieur à l'opération de mai 2015 et retenait un état douloureux et limitant sur le plan ostéoarticulaire, empêchant une réévaluation de la

- 16 - capacité de travail dans une activité adaptée. Il doit en être déduit que l'incapacité de travail est toujours entière puisqu'elle empêche un « recyclage » ; peu importe en l'espèce que ce terme doive être compris comme une aide au placement plutôt qu'une mesure d'observation ou de réadaptation. Le Dr F. _____ évoque en outre la nécessité de mettre

en place une expertise rhumatologique pour juger de la capacité de travail du recourant, si son incapacité de travail perdurait au-delà du 1er juin 2016. Dans son rapport médical du 9 mars 2016, le Dr V._____ se prononce sur les limitations fonctionnelles présentées par le recourant et en partie sur sa capacité de travail, qu'il estime possible dans une activité adaptée. Son avis ne saurait cependant être pris en compte puisqu'il précise avoir examiné l'assuré en 2011 pour la dernière fois, soit avant l'aggravation de son état de santé en 2014. Ainsi, l'hypothèse émise par le Dr U._____ en décembre 2015 d'une reprise d'une activité adaptée au printemps 2016 est infirmée par les rapports des Drs F._____ et X._____, lesquels ont examiné le recourant quelques semaines plus tard. En outre, le Dr F._____ s'exprime en qualité de médecin conseil du [...], position présumant une certaine distanciation de la situation de la personne examinée. En l'état actuel des pièces au dossier, il est par conséquent impossible d'apprécier si la capacité de travail du recourant s'est réellement améliorée à partir de mars 2016 et à quel taux.

E. 6

a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de

- 17 - procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il s'avère que les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, à tout le moins à la mise en œuvre d'un examen clinique, afin de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

E. 7

a) Il s'ensuit que le recours est admis. La décision attaquée est annulée en tant qu'elle met fin au droit aux prestations le 30 juin 2016, et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens de ce qui précède, puis nouvelle décision. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé

- 18 - en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Selon l'art. 55 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD, en procédure de recours et de révision, l'autorité alloue une indemnité à la partie qui obtient totalement ou partiellement gain de cause, en remboursement des frais qu'elle a engagés pour défendre ses intérêts. En l'occurrence, le recourant, qui est représenté par Unia Le Syndicat, soit un organisme privé agissant en tant que protection juridique, a droit à des dépens (cf. ATF 126 V 11 ; 135 V 473) dans la mesure où il obtient gain de cause. Leur montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG). En l'espèce, il convient de fixer le montant des dépens à 750 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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