

VD_GERICHTE ZD18.009189 vom 13. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.009189

FR: VD_GERICHTE ZD18.009189 du 13 novembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD18.009189 del 13 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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

- 9 - 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

- 10 - provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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, 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). d) Par ailleurs, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées ; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2). Cela étant, les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et les références citées). Lorsque ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_83/2013 du 9 juillet

- 11 - 2013 consid. 4.2 ; cf. également TF 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3).

E. 4

a) En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait, à compter du 11 mai 2016, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que le recourant conteste. Ce faisant, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de la CNA, qui reprenaient celles du Dr M._____ qui lui-même se fondait sur le rapport du 16 mars 2016 rédigé par les médecins de la Clinique Z._____. Selon ces conclusions, la capacité de travail du recourant était totale dans des activités respectant ses limitations fonctionnelles, l'intéressé n'étant plus à même d'effectuer de longs trajets, de porter de charges lourdes excédant 15 à 25 kg, de travailler dans des positions contraignantes pour les genoux, ainsi que de monter et descendre des escaliers ou des échelles. Ces constatations

coïncident avec celles relevées par le Dr J. _____, lequel a indiqué dans son dernier rapport soumis à l'intimé qu'une activité adaptée serait possible, probablement dès mars 2016, espérant que le recourant parvienne à récupérer, à moyen terme, une capacité de travail à 100 % pour une telle activité (cf. rapport du Dr J. _____ du 29 janvier 2016). b) En l'espèce, l'instruction de l'intimé s'avère lacunaire sur le plan orthopédique. Il convient ainsi de relever que le dernier rapport du Dr J. _____ date du mois de janvier 2016, soit deux ans avant la décision querellée, et que le taux d'activité n'était pas déterminé, mais seulement présumé. Depuis lors, l'intimé ne s'est pas enquis de l'avis de ce médecin, quand bien même le recourant a indiqué, notamment dans son courrier du 24 janvier 2017, devoir prochainement subir une intervention chirurgicale au niveau du pied (en raison d'un affaissement des os du pied). Il appartenait ainsi à l'intimé d'actualiser la situation orthopédique du recourant en interrogeant le Dr J. _____ avant de rendre sa décision du 2 février 2018.

- 12 - Par ailleurs, il sied de constater que tant le Dr J. _____ que les Drs M. _____, C. _____ et P. _____ sont intervenus auprès du recourant dans le cadre de la problématique qu'il présentait au niveau de son genou, suite à son accident du 22 décembre 2012. Aussi, les conclusions quant à la capacité de travail du recourant ont été posées dans un contexte circonscrit à la problématique de la fracture de la rotule et les conséquences y relatives. Or, contrairement à la CNA, l'intimé ne pouvait se limiter à examiner cette problématique et devait étendre son investigation à l'ensemble des pathologies dont souffre le recourant. De fait, l'intimé ne pouvait se baser sur le seul dossier de la CNA pour fonder sa décision. En effet, outre la fracture de la rotule et ses séquelles, il ressort du dossier de l'OAI que le recourant souffre de lombalgies, de migraines ophtalmiques et de fatigue, atteintes qui n'ont pas fait l'objet d'une investigation de la part de l'intimé, quand bien même elles ont conduit à la non-validation, respectivement l'interruption des stages effectués dans le cadre du processus de reclassement. En particulier, l'intimé n'a pas interrogé le Dr W. _____, alors que celui-ci a produit, le 24 mars 2017, un rapport médical du 15 décembre 2016, initialement adressé au Dr X. _____, faisant état de migraines ophtalmiques récurrentes. Enfin, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, contrairement à la CNA, la Fondation N. _____, qui a pris en considération tant les douleurs au niveau du genou que celles exprimées au niveau du dos, est arrivée à la conclusion que les difficultés de santé actuelle du recourant ne lui permettaient pas de travailler, même dans un environnement adapté. Le Dr S. _____ a quant à lui estimé cette capacité résiduelle de travail à 30 %. c) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai

- 13 - 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG- Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 consid. 4.4 et 122 V

157 consid. 1d). 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 que 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). d) Par conséquent, l'intimé ne pouvait faire l'impasse d'une actualisation de la situation orthopédique et neurologique notamment avant de rendre la décision litigieuse. Il n'appartient cependant pas à la Cour de céans d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction idoines conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), et, aux termes de celles-ci d'évaluer l'éventuelle capacité résiduelle de travail du recourant.

E. 5

- a) Le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

- 14 - à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui obtient gain de cause sans l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 a contrario LPA-VD).

- 15 -

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