

VD_GERICHTE ZD18.019119 vom 8. Juli 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-07-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.019119

FR: VD_GERICHTE ZD18.019119 du 8 juillet 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.019119 del 8 luglio 2019

Erwägungen

E. 10

janvier 2018 et à l'avis juridique du 5 janvier 2018. Aux termes de sa réplique du 29 juin 2018, le recourant, par Me Dos Santos Gonçalves, a confirmé ses conclusions. E n d r o i t :

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 93 let. a et 96 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps auquel s'applique par analogie l'art. 17 LPGA. Compte tenu des conclusions formulées par l'assuré, il porte implicitement sur le maintien au-delà du 30 avril 2017 de la rente entière allouée depuis le 1er

- 10 - décembre 2016. En revanche, le droit à la rente non contesté du 1er décembre 2016 au 30 avril 2017 n'est pas remis en question par le recourant de sorte que la décision est définitive en tant qu'elle concerne cette période. 3. a) Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant laisse entendre dans sa réplique du 10 juillet 2018 que la réponse du 18 juin 2018 de l'OAI à son recours n'est pas suffisamment motivée, et ne consiste qu'en un résumé des faits qui ne lui permettrait pas de se déterminer. b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La

motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la

- 11 - décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). S'agissant en particulier du droit de réplique sur les actes de la parties adverses, celui-ci est inconditionnel (ATF 139 I 189 consid. 3.2 et les références ; TF 5D_81/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.3.2 et les références). c) En l'occurrence, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu au motif que l'autorité intimée n'aurait pas pris position dans sa réponse du 18 juin 2018 de façon motivée sur chacun des griefs qu'il a soulevés en recours. Il lui était quoi qu'il en soit loisible de faire valoir ses moyens en réplique, ce qu'il a renoncé à faire dans son écriture du 29 avril 2018. Pour le surplus, le recourant a eu la possibilité d'exposer son point de vue dans le cadre d'un double échange d'écritures. Il ne résulte au demeurant pas de son recours qu'il n'aurait pas compris la portée de la décision attaquée, ni qu'il puisse être reproché à l'intimé de n'avoir pas respecté les exigences découlant du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure administrative. Le moyen doit donc être rejeté. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

- 12 - exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Aux termes 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). 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. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

- 13 - dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). 5. a) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 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

- 14 - 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). 6. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle d'aide-concierge. Se pose toutefois la question de savoir s'il conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qu'il nie, à tout le moins implicitement, en déplorant

l'absence de collaboration interinstitutionnelle et le fait que l'intimé ait « ignor[é] les autres acteurs sociaux. » Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir pas pris en compte les conclusions de la Fondation A._____ et soutient que les raisons de l'échec de sa réinsertion auraient dû être prises en considération. Selon la jurisprudence, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Si les appréciations des médecins l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2), lorsque les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il

- 15 - incombe toutefois à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et les arrêts cités). Or si, lorsqu'il a rendu son projet de décision, l'OAI ignorait l'existence des stages précités, on ne peut d'emblée considérer, à plus forte raison en présence de rapports médicaux contradictoires, que les observations faites par Fondation A._____ dans le cadre du chômage ne doivent pas être versées au dossier. Ce seul élément ne serait toutefois pas à lui seul déterminant, si l'on ne se trouvait pas en présence d'un revirement de position du Dr X._____ : ce dernier a en effet fait état dans son rapport du 8 novembre 2017 d'une incapacité de travail à 100% de durée indéterminée, et ce même dans une activité adaptée, et a préconisé une « réévaluation rapide de la situation » par le médecin traitant. Certes, cet avis du Dr X._____ n'est pas motivé. Il n'en demeure pas moins que l'avis de ce même spécialiste du 3 février 2017 sur lequel se fonde l'intimé pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'est guère plus motivé. En pareilles circonstances, l'office intimé ne pouvait pas se contenter de renvoyer sans autre au premier rapport du Dr X._____, sans compléter l'instruction du cas, notamment en interpellant ce dernier sur les raisons l'ayant conduit à revoir son appréciation de la situation du recourant. A cela s'ajoute que le Dr X._____ s'est concentré sur le rachis, sans prendre position sur les problèmes allégués au niveau du talon, dont fait en particulier état la Dre T._____ dans son rapport du 14 novembre 2017. Cette problématique doit également être élucidée, de sorte qu'il conviendra aussi d'interpeller la Dre T._____ à ce propos, ainsi que le Dr Q._____, apparemment consulté (cf. rapport du Dr X._____ du 11 octobre 2016 adressé au médecin conseil de la U._____). 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

- 16 - procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié 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). En l'occurrence, l'instruction du cas doit être complétée, en premier lieu par une

ré-interpellation du Dr X. _____, de la Dre T. _____ et du Dr Q. _____, ainsi que de tout autre spécialiste consulté par l'assuré pour l'atteinte au talon. Une fois les informations recueillies auprès des médecins précités, l'OAI mettra en œuvre un examen de l'assuré par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel pourra être organisé auprès du SMR, respectivement auprès d'un expert à désigner par l'OAI. 6. Vu le sort du recours, il est prématuré de se prononcer sur le degré d'invalidité et le droit à la rente pour la période encore litigieuse, au-delà du 30 avril 2017. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée, annulée, étant rappelé que le droit à la rente pour la période – non contestée – du 1er décembre 2016 au 30 avril 2017 n'est pas remis en question. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le 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 à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter

- 17 - les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

- 18 -

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