

VD_GERICHTE ZD18.040340 vom 17. Dezember 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.040340

FR: VD_GERICHTE ZD18.040340 du 17 décembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.040340 del 17 dicembre 2019

Erwägungen

E. 21

septembre 2018. c) Dans sa réponse du 25 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. d) Par mémoire complémentaire du 21 novembre 2018 et déterminations du 11 décembre 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions. e) Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. 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

- 14 - (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. 2. Le litige a pour objet le droit de Z. _____ à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 29 février 2016. 3. a) Dans un premier grief de nature formelle, le recourant semble se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'office intimé n'aurait indiqué lequel des rapports émanant de la CNA servait de base pour évaluer l'état de santé (cf. p. 3 du mémoire du 21 septembre 2018). 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

- 15 - 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 décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). c) Même à admettre une éventuelle violation et pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. devrait être considéré comme guéri devant la juridiction de céans, le recourant, comme l'intimé, ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation, et donc d'une violation du droit d'être entendu, doit être écarté. Au demeurant le moyen soulevé par le recourant se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige. 4. 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 ; 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 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 (1re phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

- 16 - peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (2e phrase). b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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 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). b) aa) 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 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

- 17 - 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). bb) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Il est décisif dans la présente cause de bien différencier les conséquences sur la capacité de travail et de gain des atteintes relevant de l'assurance-accidents et celles relevant de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'assurance-accidents, l'autorité, en l'occurrence la CNA, et son médecin d'arrondissement, rechercheront les atteintes à la santé qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident intervenu (art. 6 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] et 4 LPGA ; ATF 142 V 435 consid. 1). L'instruction en matière d'assurance-accidents est en règle générale limitée à l'évaluation des atteintes causées par l'accident, respectivement à l'exclusion d'autres causes (ex. état maladif préexistant). Or, comme on l'a vu ci-dessus, l'invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA n'est pas limitée à un seul facteur dès lors que l'incapacité de gain peut certes résulter d'un accident, mais aussi d'une infirmité congénitale et d'une maladie. Dès lors et suivant le principe inquisitoire (art. 43 LPGA), l'office

- 18 - de l'assurance-invalidité doit instruire toutes les causes potentielles propres à entraîner une incapacité de gain, y compris celles qui ne sont pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec un accident. d) Selon un principe général du droit des assurances sociales, il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b). L'art. 21 al. 4 LPGA définit l'obligation pour l'assuré d'améliorer sa capacité de travail, cas échéant par des traitements médicaux. Il s'agit d'évaluer, au degré de la vraisemblance prépondérante si l'on peut raisonnablement espérer une amélioration de l'état de santé de l'assuré, et par conséquent, de sa capacité de travail (ATF 105 V 176 consid. 3 ; TF 9C_671/2016 du 20 mars 2017 consid. 3 et 4.1 ; 8C_128/2015 du 25 juin 2015 consid. 2 ; voir aussi Anne-Sylvie Dupont in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 52 ss ad art. 21 LPGA, pp. 312 à 315). 6. a) aa) Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir instruit que l'atteinte à la santé en relation de causalité avec l'accident intervenu le 1er juillet 2011. A son avis, les rapports médicaux émanant de la CNA ne suffisaient pas pour retenir qu'il présentait une pleine

capacité de gain. Il allègue que les rapports médicaux émanant de la CNA montreraient d'autres atteintes à la santé qui n'auraient pas été instruites par l'intimé. Il soutient qu'il existerait des doutes quant à la pertinence des appréciations des médecins de la CNA, situation dans laquelle la jurisprudence (TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4) exigerait la mise en œuvre systématique d'une expertise. bb) Dans sa réponse du 25 octobre 2018, l'intimé a considéré que le rapport du médecin de la CNA relatif à l'examen final du 30 novembre 2015 remplissait les conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Il a précisé avoir complété le dossier médical

- 19 - par une expertise psychiatrique auprès du Dr AB._____ ayant donné lieu au rapport du 13 mars 2013. Il justifie sa décision par l'avis médical du SMR du 14 mai 2013 selon lequel l'assuré disposerait d'une pleine capacité de travail depuis une année. b) Pour ce qui concerne fracture de la base des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche découlant de l'accident, les pièces médicales de la CNA et en particulier le rapport d'examen médical final du Dr W._____ du 30 novembre 2015, sur lequel le Dr AD._____ s'est appuyé dans son avis médical SMR du 23 janvier 2017, remplit les critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante (cf. considérant 4b supra). C'est d'ailleurs ce qu'avait retenu la Cour de céans dans le cadre de la cause LAA opposant le recourant à la CNA dans son arrêt du 9 mai 2018 (CASSO AA 35/17 – 51/2018 consid. 5a/cc). C'est à juste titre que le Dr AD._____ a exclu une reprise de l'activité habituelle, retenant une activité à plein temps adaptée aux limitations fonctionnelles qui ont été décrites dans l'avis médical SMR du 23 janvier 2017. La jurisprudence citée par le recourant n'est pas pertinente : elle concerne des causes d'assurance-accidents et discute de l'objectivité du rapport d'un médecin employé par l'assurance, statut que n'a pas le médecin d'arrondissement de la CNA à l'égard de l'OAI. Le rapport de ce dernier doit s'apprécier selon la jurisprudence dégagée en matière de valeur probante des pièces médicales. En l'occurrence, le recourant ne produit aucun document médical s'inscrivant en faux contre les constatations du Dr Crespo en relation avec la fracture du pied gauche. c) L'intimé s'est exclusivement fondé sur l'instruction médicale menée par la CNA, sans discuter des autres atteintes évoquées par les rapports médicaux, lesquelles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel (cf. consid. 4c supra). L'avis SMR du

E. 23

janvier 2017 est lapidaire et lacunaire en tant qu'il concerne les autres atteintes. Or, le Dr W._____ a observé que la symptomatologie douloureuse dépassait largement la topographie du pied accidenté et n'a pas exclu une composante radiculaire chez un patient présentant un canal

- 20 - lombaire étroit. Il a également réservé une incapacité de travail pouvant résulter des comorbidités non accidentelles. Le Dr F._____ a conclu à des douleurs multifactorielles au degré de vraisemblance prépondérante après discussion des rapports de ses confrères neurologues (Drs D._____ et J._____). Il a exclu que les autres causes discutées des symptômes neuropathiques soient en relation de causalité avec l'accident. Pour ce neurologue, la neurostimulation n'était pas indiquée pour le traitement des douleurs nociceptives liées à l'arthrose. Ce faisant et à l'instar du Dr Crespo, il s'est limité au champ d'application de la loi sur l'assurance-accidents. Le Dr J._____, premier neurologue consulté par le recourant, a indiqué que le status neurologique évoquait une atteinte

monomélisque, du membre inférieur gauche de type polyneuropathique ou pluriradiculaire, voire mixte, sans exclure une composante de sciatalgie. L'IRM lombaire demandée par le Dr J. _____ a en outre démontré la présence d'un canal lombaire étroit L4-L5 et dans une moindre mesure L2- L3 sans hernie discale ni effet de masse identifiable qui est d'ailleurs retenu par le Dr AD. _____ au titre de pathologie associée. A l'examen clinique, le Dr J. _____ a observé une altération de la motricité fine des orteils. Il a décrit une hypoesthésie au toucher, à la douleur et à la température dans tout le pied gauche, avec perte de la sensibilité. Par ailleurs, il a constaté une dysesthésie douloureuse de la peau au toucher et un trouble de la sensibilité profonde des orteils sans ataxie proprioceptive. Il a exposé que les réflexes proprioceptifs étaient moyennement vifs et légèrement plus marqués du côté droit. Faute d'explication définitive quant à l'étiologie des douleurs et du trouble sensitif à caractère neurogène du membre inférieur gauche, le Dr J. _____ a renvoyé son patient au Dr D. _____ pour pratiquer un ENMG. Dans son rapport d'ENMG du 12 janvier 2015, le Dr D. _____ a affecté les troubles de la sensibilité au territoire d'innervation du nerf fibulaire superficiel du côté gauche sans mettre en évidence de déficit

- 21 - moteur. Le bilan électrophysiologique pratiqué était compatible avec une légère lésion axonale des fibres sensitives du nerf péronier, vraisemblablement dans la région de la malléole. Aucun signe de lésion radiculaire ou du plexus n'est observé. Ainsi, outre les lésions accidentelles au pied gauche, le recourant présente d'autres atteintes au membre inférieur gauche, objectivées lors des examens cliniques des Drs J. _____ et D. _____. Les diagnostics, sans être contradictoires, divergent quelque peu et font l'objet de quelques critiques du Dr F. _____ qui ne sont pas toutefois décisives dans la mesure où ce spécialiste n'a pas exclu de comorbidité non accidentelle. En effet, il convient de rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_725/2018 du 6 mars 2019 consid. 5.3.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, les conséquences sur la capacité de travail du recourant du point de vue neurologique n'ont pas été examinées par la CNA du fait de l'absence de causalité avec l'accident pris en charge par cette dernière. L'instruction doit ainsi être complétée par une appréciation médicale des éventuels effets des atteintes d'origine malade au membre inférieur gauche, voire les deux membres inférieurs, sur la capacité de travail. d) A supposer qu'il existe un impact sur la capacité de travail et de gain, il faudra en outre déterminer si un traitement médical doit être considéré. Il faudra ainsi examiner si l'implantation d'un stimulateur médullaire, voire un geste chirurgical au niveau du canal lombaire, sont susceptibles de réduire les effets de l'atteinte et donc réduire le dommage. Dans l'affirmative, il faudra déterminer si l'intervention est exigible ou non (cf. consid. 4d supra) e) Pour le surplus, les accidents du 3 avril 2012 (fracture de la tête radiale du coude droite) et 11 juin 2014 (traumatisme crânien simple)

- 22 - n'ont pas entraîné de complication (cf. rapport d'examen médical final du 30 novembre 2015 du Dr W. _____ pp. 1 et 3) et l'absence de conséquence sur la capacité de travail et de gain n'est pas contestée. Quant au rapport d'expertise du Dr AB. _____, il n'est pas remis en question par les parties. f) Par conséquent, en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive sur le plan somatique, l'instruction doit être complétée et le recours doit être admis. Il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Ce dernier devra

soumettre à appréciation médicale les effets sur la capacité de travail des atteintes d'origine malade au membre inférieur gauche, voire aux deux membres inférieurs, et, en cas d'impact sur la capacité de travail et de gain, déterminer si un traitement médical doit être considéré. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant 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 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 ; RSV 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). Ils couvrent le montant de la

- 23 - liste des opérations produite par le conseil d'office du recourant en date du 8 avril 2019, de telle sorte qu'aucune indemnité n'est due au titre de l'assistance judiciaire accordée par décision du 28 septembre 2018.

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