

VD_GERICHTE ZD19.007038 vom 2. März 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.007038

FR: VD_GERICHTE ZD19.007038 du 2 mars 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.007038 del 2 marzo 2020

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

- 8 - (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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur

- 9 - demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). c) En l'espèce, l'intimé est, à juste titre, entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant déposée le 6 juin 2016, malgré le refus de rente signifié le 14 juillet 2015. En effet, à l'occasion d'un contact téléphonique entre l'intimé et le recourant, ce dernier a mentionné une atteinte au pancréas. Des examens supplémentaires pour le foie et le pancréas étaient d'ailleurs prévus. Le diagnostic de pancréatite aiguë a ensuite été confirmé par le Dr X._____ à l'occasion de son rapport du 17 mars 2017. Cette pathologie n'avait pas été constatée dans le cadre de la première demande, ce qui laissait effectivement entrevoir une modification sensible de l'état de santé du recourant. d) Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations – soit la décision du 14 juillet 2015 – et la décision litigieuse du 9 janvier 2019, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 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

- 10 - 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 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). c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 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 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).

E. 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

- 11 - consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid.

E. 6

Le recourant soutient que son état de santé s'est effectivement aggravé depuis le 14 juillet 2015 en se fondant notamment sur les rapports établis par les Drs X._____ et T._____. a) En premier lieu, il sied de rappeler les circonstances qui ont mené l'intimé à rejeter la première demande de prestations déposée par le recourant. Celui-ci se trouvait depuis le mois de novembre 2012 en incapacité totale de travail dans son ancienne activité de grutier en raison d'un syndrome de Parsonage-Turner. A l'issue des mesures d'instruction qu'il a mises en œuvre, l'OAI, reprenant les conclusions du Dr B._____ exposées dans son rapport du 13 mai 2015, a constaté que le recourant

- 12 - était capable, malgré l'existence de cervicalgies chroniques, d'exercer depuis le mois d'octobre 2013 à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité dans l'industrie légère (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ; ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ; ouvrier en conditionnement). b) Sur le plan ostéo-articulaire, il n'est à aucun moment fait mention d'une aggravation de la situation. En effet, malgré que le Dr X._____ ait qualifié de sévères les lombalgies et les cervicalgies dont souffre le recourant, aucune plainte spécifique concernant ces pathologies ne ressort des différents éléments médicaux à disposition. Le Dr X._____ ne retient d'ailleurs aucune limitation spécifique induite par ces atteintes. c) Sur le plan viscéral, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'une pancréatite aiguë. Cependant, il n'y a au dossier aucune mention d'un suivi spécialisé, respectivement aucun élément qui laisserait à penser que cette affection aurait entraîné des séquelles à l'origine d'une quelconque incapacité de travail. d) Sur le plan pneumologique, le Dr T._____ constate, dans son rapport du 26 avril 2017, une pleine capacité de travail d'un point de vue strictement pneumologique. Si la capacité d'effort est effectivement réduite, ce médecin ne retient pas de limitation respiratoire, précisant que la baisse de la capacité semblait s'expliquer par une limitation chronotrope (une élévation

faible ou du moins incomplète de la fréquence cardiaque à l'effort) induite soit par la prise de bêtabloquants, soit par un déconditionnement physique. L'atteinte en question peut dès lors être raisonnablement traitée et ne saurait, comme le relève le Dr T. _____, influencer sur l'exercice d'une activité adaptée, les activités professionnelles sédentaires étant toujours accessibles au recourant. e) Sur le plan psychiatrique, le dossier ne contient, malgré l'évocation de diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble mixte de la personnalité, aucune description précise des symptômes qui affecteraient la santé psychique du recourant. Au regard des pièces

- 13 - produites au dossier, rien n'indique que le recourant ferait l'objet d'un suivi spécialisé. f) Sur le plan de la consommation d'alcool pour finir, le Dr X. _____ a, dans son rapport du 12 juillet 2018, indiqué que le recourant était en rémission. Ce médecin s'est en outre abstenu de mentionner les éventuelles implications de sa consommation d'alcool sur l'exercice d'une activité lucrative. g) Les rapports établis les 17 mars 2017, 18 décembre 2017 et 12 juillet 2018 par le Dr X. _____, n'abordent pas de manière détaillée les différentes problématiques médicales, ne font aucune mention des plaintes de l'assuré et ne contiennent aucune explication circonstanciée d'ordre médical sur les raisons pour lesquelles il se justifierait de retenir une incapacité de travail. Au vu de leur contenu sommaire, les rapports en question ne permettent à tout le moins pas de remettre en cause les constatations qui précèdent, ni de justifier la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. h) Ainsi, à la lumière des rapports médicaux versés au dossier, il y a lieu de constater que la situation du recourant n'a pas sensiblement évolué sur le plan de la capacité de travail depuis l'époque où la précédente décision de refus de rente a été rendue. Il n'y a aucune raison de douter que le recourant dispose toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Par décision du 25 février 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 13 février 2019 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

- 14 - c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). d) Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Le conseil du recourant a produit le 15 novembre 2019 une liste de ses opérations faisant état de 9 heures

effectuées. Ces opérations consacrées à la défense des intérêts du recourant peuvent être validées. L'indemnité d'honoraire s'élève donc à 1'620 fr. (9 heures x 180). A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe (81 fr.), puis la TVA au taux de 7,7% en sus, soit 131 fr. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours doit être arrêté à 1'832 fr. e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RSV 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

- 15 -

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