

# VD\_FINDINFO AI 123/11 - 274/2013 vom 7. Oktober 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-10-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_123\\_11\\_-\\_274\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_123_11_-_274_2013)

FR: VD\_FINDINFO AI 123/11 - 274/2013 du 7 octobre 2013

IT: VD\_FINDINFO AI 123/11 - 274/2013 del 7 ottobre 2013

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE, MALADIE RÉNALE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 3

a) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions 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 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et 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 de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ■ en cas de recours, le tribunal ■ se base 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 (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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. 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 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 et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

#### **E. 4**

a) Le recourant soutient qu'il est gravement atteint dans sa santé en raison de ses problèmes rénaux et que de ce fait il n'est plus en mesure d'exercer son activité à un taux supérieur à 50%. Il justifie ainsi la réduction de son taux d'activité à 50%. Dans la décision querellée, l'intimé estime que le recourant a diminué volontairement son taux d'activité à 60% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 sans motivation médicale alors que la capacité de travail serait de 70% dans toute activité y compris l'activité habituelle d'employé d'hôpital. En conséquence, l'OAI considère que le recourant est réadapté de manière adéquate et qu'il n'y a pas besoin d'autres mesures. b) Il convient donc de déterminer le statut de l'assuré. La réponse à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C\_62/2011 du 16 août 2011 consid. 4.1; TF 9C\_399/2008 du 5 mai 2009 consid. 4.1; TF 9C\_667/2007 du 12 juin 2008 consid. 3.1; TF 9C\_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.1; TFA I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Il convient pour déterminer la méthode applicable au cas particulier de s'attacher à ce que la personne assurée aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En tant qu'il s'agit d'analyser une situation par nature hypothétique, le raisonnement retenu, s'il doit être basé sur des motifs objectifs, ne peut se référer en définitif qu'à l'expérience générale de la vie (ATF 117 V 194 consid. 3b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 5). En l'occurrence, l'OAI n'a pas du tout instruit sur les raisons de la diminution du taux d'activité de l'assuré. Or, le Tribunal fédéral a jugé (TF 9C\_519/2010 du 5 juillet 2011 consid. 5) qu'en renonçant à mener les investigations qui s'imposaient pour être en mesure de choisir la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'office recourant a pris le risque que la juridiction cantonale de recours le fasse elle-même et procède à des constatations de faits qu'il ne partage pas, sans que le résultat de l'administration des preuves (la reconnaissance d'un statut de personne active à plein temps) apparaisse insoutenable au point de devoir entraîner l'annulation du jugement entrepris. En l'espèce, le recourant est né en 1960. Il a toujours travaillé à plein temps même après sa greffe du rein. Ses deux filles étaient en 2010, l'une à l'université, l'autre au

gymnase, donc en principe encore à la charge de leurs parents. La première baisse de son taux d'activité (de 100 à 60%) date de novembre 2009. Selon la Dresse L. \_\_\_\_\_, cette modification intervient dans le contexte de l'état de santé du recourant qui se détériorait depuis 2009. Cette détérioration est également attestée par la Dresse N. \_\_\_\_\_, qui fixait en juin 2010 la capacité de travail de 60 à 70%, et il résulte également du rapport du 10 août 2009 du département de psychiatrie du CHUV que l'état de santé du recourant influençait le travail de celui-ci. Dans son rapport du 27 juillet 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_ atteste lui-même du début d'une longue maladie depuis le 3 septembre 2009 et d'une capacité de travail de 70% dans toute activité. L'ensemble de ces circonstances (situation familiale et attestations médicales) indique que ce n'est pas par choix de vie que le recourant a diminué son taux d'activité mais pour des raisons médicales, justifiées ou non. Il y a donc lieu de retenir au recourant le statut d'actif à 100% et donc de refuser de suivre l'OAI lorsque celui-ci affirme que la réduction du taux d'activité n'était pas motivée par des raisons médicales. c) Il y a lieu dès lors de déterminer la capacité de travail du recourant. Dans son courrier du 28 juin 2010 du Dr X. \_\_\_\_\_, la Dresse N. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail du recourant serait de 70 à 80% si celui-ci ne souffrait que de sa pathologie rénale. Elle impute pour le surplus l'incapacité de travail aux problèmes psychiques du recourant. Le SMR, dans son avis du 27 juillet 2010, considère que la capacité de travail du recourant est de 70% dans toute activité, y compris l'activité habituelle. Il retient comme atteinte principale à la santé l'insuffisance chronique de stade III chez un patient traité par greffe rénale en 1995 et présentant un état de fatigabilité s'aggravant du fait de l'atteinte rénale et de son traitement. En revanche, le SMR soutient que le recourant ne présente pas de symptômes psychiatriques. Il doit être suivi à cet égard. En effet, aucun rapport convaincant ne fait état d'une pathologie psychiatrique invalidante. Certes, la Dresse N. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 28 juin 2010, évoque un état anxio-dépressif avec répercussion évidente sur sa capacité de travail mais sans chiffrer une éventuelle incapacité de travail à cet égard. Cela étant, il ressort clairement de tous les rapports que dans le cadre de son activité habituelle, le recourant est, de par sa maladie, confronté à des difficultés générant du stress entraînant irritabilité et angoisses. Dans son rapport du 27 juillet 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_ fait totalement abstraction de cet élément, n'énumérant que des limitations fonctionnelles physiques (activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, sans manipulation prolongée de charges lourdes de plus de 10 kg, horaire à répartir sur 5 jours ouvrables, activité permettant l'alternance des positions, pas de travail avec les bras maintenus au-dessus de la tête, pas de travail en position accroupie ou à genoux de façon prolongée). d) Le recourant soutient qu'il n'est pas exigible de le faire changer d'activité car cela entraînerait pour lui une perte salariale importante. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative (RCC 1983 p. 246), ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4; 109 V 25 consid. 3c; TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc p. 380; 119 V 250 consid. 3a p. 253; voir également ATF 113 V 22 consid. 4d p. 31; TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3). Il n'y a aucune raison de s'écarter de ce

principe dans le cas d'espèce, de sorte qu'il est exigible de la part du recourant de changer de travail. Il appartient du reste à l'assurance-invalidité de suppléer à une perte de gain en résultant. C'est d'ailleurs ainsi que se détermine le taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA. En l'occurrence, l'OAI a calculé cette perte de gain. Il a pris en considération l'année 2010, ce qui est exact (le début de l'incapacité de travail durable date du 3 septembre 2009 et le droit à la rente débute en septembre 2010 – délai de carence d'une année oblige [art. 28 LAI], le délai de six mois après le dépôt de la demande [art. 29 al. 1 LAI] étant en outre respecté). e) Dès lors, selon le calcul exposé par l'OAI dans sa fiche du 30 septembre 2010, le degré d'invalidité est de 46%, étant précisé que le taux d'abattement de 10% n'est pas arbitraire et paraît équitable au vu des circonstances du cas d'espèce. Selon les indications ressortant de la fiche de salaire du 30 septembre 2010, le revenu dans une activité adaptée – selon l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2010 – est de 42'866 fr. 91 pour un poste à 70%. Avec un abattement de 10%, il y a lieu de retenir un revenu d'invalidé de 38'580 fr. 21 (42'866.91 – 10%). Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 71'290 fr., le degré d'invalidité s'élève à 46% ( $(71'290 - 38'580.21) : 71'290$ ), ce qui donne droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). En conséquence, le recours est admis et le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010.

#### **E. 5**

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 la charge de l'OAI, qui succombe. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 francs.

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