

VD_FINDINFO AI 166/06 - 315/2009 vom 2. Oktober 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_166_06_-_315_2009

FR: VD_FINDINFO AI 166/06 - 315/2009 du 2 octobre 2009

IT: VD_FINDINFO AI 166/06 - 315/2009 del 2 ottobre 2009

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, FORCE PROBANTE | 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI. a) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2). Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA ; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle

déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1). c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.1). En outre, l'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2). d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

E. 4

a) En l'espèce, sur le plan somatique, tous les médecins ayant examiné le recourant avant la décision attaquée estiment que ses troubles l'empêchent de travailler à temps complet dans son ancienne activité de manœuvre. Leurs diagnostics concordent. En effet, le 14 août 1998, la Dresse G. _____ a observé des lésions arthrosiques cervicales, avec une probable atteinte radiculaire irritative C6 droite. Le 14 octobre suivant, le Dr C. _____ a quant à lui constaté des troubles dégénératifs multiples débutants. La Dresse G. _____ a posé, le 14 décembre 1999, les diagnostics de cervico-brachialgies gauches C8, irritatives sans atteinte EMG confirmée sur hernie discale cervicale C7-D1 paramédiane gauche, ainsi que de cervicarthrose prédominante en C4-C5 droite, de gonalgies sur syndrome fémoro-patellaire, de troubles statiques rachidiens, de coxarthrose prédominante à gauche, d'arthrose sacro-iliaque bilatérale et de status après ménissectomie du genou droit en 1995.

La Dresse G. _____ a ensuite indiqué, le 7 août 2001, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire sur le plan rhumatologique et devrait lui permettre d'exercer une profession légère théoriquement à plein temps, nonobstant son manque de motivation et ses nombreuses plaintes douloureuses à des endroits même éloignés des sites cervico-lombaires. Dans un rapport établi suite à un examen clinique bidisciplinaire ayant eu lieu le 15 octobre 2002, les Drs P. _____ et V. _____ du SMR ont diagnostiqué de discrets troubles dégénératifs cervico-lombaires et une discrète coxarthrose bilatérale prédominant à gauche. Quant aux experts du Centre d'expertise Y. _____, ils ont retenu le diagnostic de troubles dégénératifs modérés des régions cervicale et lombaire basses. Excepté la Dresse D. _____, tous les médecins constatent une discordance entre les douleurs décrites par le recourant et les constatations médicales objectives. Les Drs G. _____, C. _____ et B. _____, ainsi que le Dr F. _____ retiennent une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de manœuvre. Le Dr P. _____ ne se prononce pas. La Dresse D. _____ retient quant à elle, dans son rapport du 28 octobre 2003, une incapacité de travail complète dans toute profession, mais tient compte dans son appréciation de l'ensemble des troubles de son patient, y compris les troubles psychiques. Enfin, l'expert O. _____ retient une incapacité de travail complète dans la profession de manœuvre et de 50% dans une activité adaptée, mais prend également les troubles psychiques en considération. La majorité des médecins précités estiment donc que les troubles strictement somatiques n'entraînent pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. On constate en particulier que la coxarthrose a été diagnostiquée en 1999, mais qu'elle n'a pas été considérée, par la majorité des spécialistes consultés, comme provoquant des douleurs d'une intensité telle qu'indiquée par l'assuré. Quant à l'aggravation des troubles somatiques du recourant, la Dresse D. _____ mentionne, dans son rapport du 2 octobre 2007, qu'elle est intervenue fin 2006-début 2007, soit après la décision attaquée du 20 juillet 2006. Il y a lieu de retenir en conséquence une pleine capacité de travail sur le plan somatique, dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychiatrique, les diagnostics diffèrent. Le Dr R. _____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis juin 1998 et un trouble dépressif et anxieux mixte atypique (cf. rapport du 16 juillet 2001) ; le Dr V. _____ un trouble somatoforme douloureux. Ce dernier mentionne, dans son rapport du 15 octobre 2002, que le recourant présente un état de base tendu et anxieux, en rapport avec la persistance de son tableau douloureux et ses difficultés existentielles, liées à son arrêt de travail prolongé. Il ne relève toutefois pas de trouble thymique grave, ni de personnalité pathologique constitutifs d'une comorbidité au trouble somatoforme douloureux. L'expert T. _____ a retenu le diagnostic d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, ce que le Dr N. _____ a confirmé (cf. rapports des 28 février 2005 et 15 novembre 2007). Cette affection étant répertoriée sous chiffre F32.11 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, éd. 2008) de l'Organisation Mondiale de la Santé, ces médecins énoncent un diagnostic issu d'une classification reconnue. Selon la CIM-10, dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de

culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Dans le cas présent, la Dresse T. _____ a observé que l'assuré présentait des problèmes de concentration, une mémoire légèrement diminuée, de la tristesse avec une anxiété généralisée et un sentiment d'oppression thoracique, ainsi qu'une légère diminution de l'appétit, avec perte de goût de la nourriture. Elle a également constaté le maintien du poids corporel, l'absence de difficulté d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents en raison des douleurs et du sifflement d'oreilles lors de l'endormissement, une hypersomnie avec environ dix heures de sommeil par nuit, une sieste de deux à trois heures dans la journée, une anhédonie, une perte d'intérêt pour la vie et une diminution de la libido. De même, le Dr N. _____ mentionne que l'humeur est triste, et qu'à l'interrogatoire, le patient verbalise son anhédonie, son aboulie et sa perte d'espoir. La Dresse T. _____ énumère ainsi de multiples traits caractéristiques de la dépression. Elle indique en outre que les douleurs non expliquées par les relevés cliniques sont à voir dans le cadre de ce trouble psychique et que cette symptomatologie dépressive limite fortement l'intéressé pour surmonter ses douleurs. Ce diagnostic ne saurait être mis en doute par l'avis du Dr R. _____, lequel est peu documenté, ni par celui du Dr V. _____, qui se limite à mentionner une thymie légèrement dépressive et le fait que le recourant ne se plaint pas de trouble de l'attention ou de la concentration. Ces rapports ne sauraient dès lors être décisifs. Il y a ainsi lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Les experts du Centre d'expertise Y. _____ se déterminent en outre sur le degré de l'affection. Sur le plan clinique, leur diagnostic est fondé sur les plaintes subjectives de l'assuré et sur leur propre examen. Enfin, ils procèdent à l'évaluation de la capacité de travail adaptée au trouble précité. En effet, ils estiment celle-ci à 50% sur le plan objectif, en tenant compte ainsi d'une exagération du recourant quant à l'intensité de ses douleurs, ce qu'ont d'ailleurs constaté la majorité des médecins qui l'ont examiné. Sous l'angle psychiatrique, le rapport d'expertise contient ainsi suffisamment d'éléments permettant de se convaincre qu'à l'époque des faits déterminants, la mise à profit de la capacité de travail était raisonnablement exigible à 50% dans une activité adaptée. En outre, le rapport se fonde sur des examens médicaux complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires et les conclusions sont dûment motivées. Enfin, l'appréciation du Dr N. _____, qui estime l'incapacité de travail entière, est insuffisamment étayée, de sorte qu'elle ne saurait l'emporter sur les conclusions des experts.

c) Il convient dès lors de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter du mois de juin 1998. C'est en effet dès cette date que le recourant a été en incapacité de travail de façon durable, comme le retient le Dr F. _____ dans son rapport du 17 octobre 2002, ce qui correspond au surplus aux indications données par l'employeur. Le dossier étant complet il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise comme le demande le recourant, dont la requête doit ainsi être rejetée.

E. 5

S'agissant du calcul économique, il y a lieu de procéder par comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; cf. supra, consid. 2b). a) Revenu sans invalidité Selon la jurisprudence, bien

qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C_641/2008 du 14 avril 2009, consid. 7.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles. Selon son employeur, le recourant aurait touché un salaire horaire de 23 fr. 35, sur la base de la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (ci-après : CN), dans sa version en vigueur en 1999 (année d'ouverture du droit à la rente ; cf. art. 29 LAI). S'agissant de la durée annuelle de travail, dite convention prévoit, à son art. 24, ce qui suit : « 1 La durée annuelle du travail est le temps de travail brut qui doit être effectué durant une année civile, pendant lequel le travailleur doit effectuer sa prestation de travail et avant déduction des heures qui ne doivent, en général, pas être effectuées tels que les jours fériés payés et celles qui, de manière individuelle, ne doivent pas être effectuées, tels que vacances, maladie, accident, jours de service de protection civile, etc. Le total des heures annuelles de travail déterminant est le suivant : a) dans les grandes villes et leur agglomération pour 1998 et 1999 chaque fois 2112 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,5 heures) ; b) dans les « autres régions » : 1. pour 1998 : 2125 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,75 heures) et 2. pour 1999 : 2112 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,5 heures) ». Le recourant recevait en outre un 13^{ème} salaire, à hauteur de 8,3% du salaire annuel (art. 50 CN). Ses revenus en 1999 se seraient ainsi élevés à 53'408 fr. 35 ([2'112 fr. x 23 fr. 35 = 49'315 fr. 20] + [49'315 fr. 20 x 8,3% = 4'093 fr. 16]).

b) Revenu avec invalidité Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage. Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer, au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 29 LAI ; ATF 129 V 222 ; TF 8C_288/2008 du 26 novembre 2008, consid. 3.5). Dans la mesure où, in casu, l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de juin 1998, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 1999. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 1998, 4'268 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, TA1; niveau de qualification 4), ce qui correspond, après indexation (+ 0,3%), à un montant de 4'280 fr. 80 en 1999. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée

hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1999 (41,8 heures; cf. La vie économique 12/2006, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'473 fr. 44, ce qui donne un salaire annuel de 53'681 fr. 23. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, le revenu d'invalidé doit être réduit en proportion pour atteindre un montant annuel de 26'840 fr. 62. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Dans le cas présent, un abattement de 15% paraît approprié, dès lors qu'il prend en compte le handicap du recourant, son âge et ses circonstances personnelles. Le revenu annuel avec invalidité s'élève par conséquent à 22'815 francs. c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 57,28%, arrondi à 57% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit: $(53'408 \text{ fr.} - 22'815 \text{ fr.}) \times 100 / 53'408 \text{ fr.}$. Ce taux, supérieur à 50%, ouvre droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 1999 (cf. art. 28 al. 1 et 29 LAI).

E. 6

En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 1999.

E. 7

a) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires in casu (art. 52 LPA-VD).

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