

VD_FINDINFO AI 27/18 - 239/2019 vom 5. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_27_18_-_239_2019

FR: VD_FINDINFO AI 27/18 - 239/2019 du 5 août 2019

IT: VD_FINDINFO AI 27/18 - 239/2019 del 5 agosto 2019

Erwägungen

E. 5

août 2019 _____ Composition : M. Métral , président MM. Neu, juge, et Perreten, assesseur Greffière : Mme Neyroud ***** Cause pendante entre : Z. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.
_____ Art.

E. 6

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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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. 7

a) Dans sa décision entreprise, l'intimé a retenu que le recourant présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais que sa capacité demeurait pleine dans une activité adaptée, ce depuis toujours. Le recourant conteste cette capacité résiduelle et critique en particulier la valeur probante de l'expertise du Centre Q. _____. Or, cette

expertise établie le 16 octobre 2015 par les Drs F. _____ et M. _____, remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante. Elle fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée, ainsi qu'une description du contexte déterminant. Les médecins du Centre Q. _____ n'ont en particulier pas ignoré la situation familiale du recourant durant l'année 2013 ni l'évolution de son état de santé. Leur rapport contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales motivées et exemptes de contradictions. b) S'agissant de la capacité de travail du recourant dans sa profession de maçon, on doit tout d'abord constater qu'il a effectivement présenté une période d'incapacité totale de travail entre le 7 juin 2012 et le 11 mai 2013 due à une polyangéite microscopique. Quand bien même les experts du Centre Q. _____ ne l'ont pas expressément indiqué dans leur rapport, ils n'ont pas remis en question cette période d'incapacité. Ils ont toutefois estimé, en se fondant sur l'appréciation du Dr D. _____, que cette atteinte n'entraînait plus d'incapacité de travail depuis le mois d'avril 2013 au moins (cf. p 17 et 18 de l'expertise). Ce constat des experts n'est pas en contradiction avec l'avis du Dr S. _____, émis en janvier 2013, ni avec celui des Drs C. _____ et T. _____, datant du mois de février 2013, étant précisé que ces derniers médecins estimaient à cette époque que le recourant pourrait à moyen terme reprendre son travail à 50 % avec un rendement réduit. De fait, il ressort du dossier que le recourant a recommencé à travailler entre le 11 mai et le 16 octobre 2013. Cela étant, le point de savoir s'il avait effectivement retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité de maçon, ou seulement une capacité de travail de 50 %, compte tenu d'un éventuel déconditionnement et des atteintes dégénératives de son dos, peut être laissé ouvert. b) A la suite d'un nouvel arrêt de travail le 17 octobre 2013 dû à des lombosciatalgies, les experts du Centre Q. _____ ont retenu que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était désormais nulle. Selon eux, l'intéressé avait en revanche conservé une pleine capacité dans une activité légère, permettant l'alternance des positions assis/debout, sans port répétitif de charges de plus de 10 kg ou port ponctuel de charges de plus de 15 kg, ainsi que sans mouvements répétitifs du tronc en flexion/extension ou rotation du rachis ou en porte-à-faux. Aucune pièce médicale au dossier ne justifie de s'écarter de ces conclusions, étant relevé que le Dr N. _____ ne s'est pas prononcé sur ce point en mai 2013. Le seul médecin à constater la persistance d'une incapacité de travail dans toute activité est le Dr R. _____. Or, ses constatations ne sont guère probantes. D'abord, elles reposent sur des descriptions cliniques et une motivation particulièrement succinctes. Ensuite, dès le mois de décembre 2012, le Dr R. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale et définitive dans toute activité, ce qui n'est tout simplement pas crédible. En réalité, le médecin-traitant a d'emblée estimé que son patient ne pouvait mettre en valeur sa capacité de travail que dans une activité physiquement lourde, compte tenu de son absence de formation professionnelle. On ne saurait toutefois partager ce point de vue, qui ne porte au demeurant pas sur une question médicale. c) Pour le surplus, l'OAI a tenu compte d'une nouvelle période d'incapacité de travail liée à une opération du dos subie par le recourant en 2016. Selon le Dr G. _____, dont le rapport revêt une pleine valeur probante, cette incapacité n'a cependant pas excédé trois mois, si bien que ce médecin a rejoint les experts du Centre Q. _____ dans leurs conclusions relatives à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, à l'exception de la période de convalescence suivant l'intervention. Il a cependant élargi le cercle des limitations fonctionnelles, ce dont l'OAI a tenu compte. Au vu de ces éléments, il convient de constater que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité permettant l'alternance des positions

assis/debout, n'imposant pas de demeurer assis plus d'une heure et debout plus d'un quart d'heure, ni de marcher plus de 30 minutes ou de porter des charges au-delà de 10 kg et évitant les mouvements répétitifs de rotation, flexion et extension du rachis, de même que les postures en porte-à-faux lombaire.

E. 8

Cela étant constaté, il y a lieu d'examiner le degré d'invalidité du recourant. a) 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). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). b) En l'occurrence, les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé ne prêtent pas flanc à la critique et ne sont au demeurant pas contestés par le recourant. Ce dernier ne revient pas non plus sur l'abattement de 15 % appliqué par l'OAI compte tenu de ses limitations fonctionnelles. La comparaison entre le revenu auquel le recourant aurait pu prétendre sans son invalidité et celui qu'il pourrait désormais réaliser conduit à une perte de gain de 4'590 fr. 80, soit un degré d'invalidité de 7,52 %. On doit donc admettre qu'en octobre 2014, soit à la fin de la période de carence d'une année prévue par l'art. 28 al. 1 let. c LAI, le recourant ne présentait pas une invalidité de 40 % au moins qui aurait pu lui ouvrir le droit à une rente. De la même manière, il présentait un taux d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à des mesures de reclassement professionnel. A cet égard, on précisera que la date du 29 avril 2014, dont on ignore à quoi elle correspond, retenue par l'OAI comme fin du délai de carence, n'amène pas à un autre résultat. Il en irait de même si, par hypothèse, le début du délai de carence devait être fixé au mois de juin 2012. Dans le cas particulier, quelle que soit la date du début de la longue maladie retenue, le degré d'invalidité du recourant n'a jamais dépassé le seuil du droit à des mesures de reclassement, a fortiori celui du droit à la rente.

E. 9

a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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. c) En principe, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y aurait pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA). Néanmoins, dans la mesure où le recours a été nécessaire pour réparer la violation du droit d'être entendu en procédure administrative, le recourant peut prétendre à de tels dépens. Ces derniers, arrêtés à 2'300 fr.

seront mis à la charge de l'intimé (cf. TF 8C_738/2014 du 15 janvier 2015 consid. 7 ;
9C_670/2013 du 4 février 2014 consid. 3.3.1).

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