

VD_FINDINFO AI 2/08 - 188/2011 vom 28. Juli 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_2_08_-_188_2011

FR: VD_FINDINFO AI 2/08 - 188/2011 du 28 juillet 2010

IT: VD_FINDINFO AI 2/08 - 188/2011 del 28 luglio 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE} | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 4

Il y a lieu d'examiner la capacité de travail du recourant. a) Le Dr L._____, dans son rapport du 10 juin 2002, diagnostique des lombalgies chroniques non spécifiques et une allergie au ciment (eczéma) existant depuis septembre 2000. Il indique une incapacité de travail totale dès le 18 septembre 2000. Ses conclusions ne sont infirmées par aucun autre médecin, mais confirmées par la Dresse J._____. Il y a dès lors lieu de retenir une incapacité de travail de 100% dès le 18 septembre 2000. b a) S'agissant de l'évolution de cette capacité de travail depuis lors, sur le plan psychiatrique, le Dr P._____ a diagnostiqué un état dépressif réactionnel, mais n'a pas retenu d'incapacité de travail (rapport du 21 novembre 2002). Ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie, de sorte que son avis, au demeurant peu étoffé, ne saurait être retenu. Suite à un examen psychiatrique effectué par le SMR, les Drs G._____ et J._____ ont indiqué que l'examen pratiqué n'avait mis en évidence aucun trouble psychiatrique grave, ont relevé l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques et évalué la capacité de travail exigible de l'assuré à 80% dans une activité adaptée, compte tenu de ses douleurs (rapport du 18 août 2003). Ce rapport, complet et motivé, n'est mis en doute par aucun autre avis médical émanant d'un spécialiste. Au demeurant, il se fonde sur une anamnèse précise (notamment familiale et psychosociale), un status psychiatrique, une appréciation du cas claire et des conclusions dûment motivées, de sorte qu'il emporte valeur probante sur le plan psychique. b b) Sur le plan rhumatologique, le recourant a été examiné par le Dr T._____, du SMR (rapport du 26 novembre 2003), qui a diagnostiqué des lombalgies communes puis constaté que l'examen ostéoarticulaire était normal au plan périphérique et qu'au plan axial seul des troubles tout à fait discrets de la statique vertébrale étaient observés. Il a ajouté que la mobilité du rachis dorso-lombaire était limitée dans tous les plans, mais que la mobilité objective du rachis était vraisemblablement diminuée pour des raisons non organiques. Il a précisé que le bilan radiologique révélait certes un défaut de fermeture de l'arc postérieur de L5 et de S1 mais que sur les derniers clichés de la colonne lombaire à disposition, datant de février 2002, la hauteur des disques L4-L5 et L5-S1, qui semblaient pincés sur des clichés précédents probablement en raison d'une attitude scoliotique, était tout à fait normale. Il a signalé une discordance manifeste entre des plaintes douloureuses intolérables et des constatations cliniques et radiologiques itératives dans les limites de la norme, évoquant, dans une optique bio-mécanique stricte, une

amplification des plaintes. Sur cette base, le Dr T. _____ a retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 20 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 30 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc). Pour sa part, le Dr P. _____ a également retenu une capacité de travail entière (rapport du 21 novembre 2002). Quant au médecin traitant de l'assuré, le Dr L. _____, il a signalé qu'une reprise du travail n'avait pas été possible, avant de tenir pour indispensable de prévoir un programme de réentraînement au travail tenant compte des limitations de l'assuré, avec reprise progressive d'une activité avec un taux croissant, ajoutant qu'il était judicieux d'examiner les possibilités concrètes de travail, l'intéressé n'ayant aucune idée du type d'activité qu'il pouvait exercer. S'agissant de la capacité de travail, ce praticien s'est expressément référé à l'appréciation du Dr P. _____, selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé. Il n'y a ainsi aucun avis médical infirmant les conclusions du Dr T. _____, lesquelles doivent être suivies. Se fondant sur une anamnèse précise, un status complet et détaillé, la prise en compte des documents radiologiques, une appréciation du cas claire ainsi que des conclusions dûment motivées, le rapport de cet expert satisfait du reste pleinement aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. b c) Enfin, sur le plan dermatologique, l'expert mandaté par l'OAI, le Dr M. _____, a posé les diagnostics d'eczéma dyshidrosique avec épisodes de dissémination secondaire, de probable eczéma nummulaire focal surajouté, de sensibilisation de contact au bichromate de potassium et de sensibilisation de contact au Kathon CG (isothiazolinones). Au sujet de l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail, il a retenu que le patient ne présentait que peu de lésions pouvant motiver un quelconque arrêt ou incapacité de travail, relevant qu'il était hautement à craindre qu'une activité professionnelle inadéquate aboutît rapidement à une importante recrudescence des lésions non seulement au niveau local mais également à l'ensemble du tégument. Il en a conclu que l'assuré ne présentait pas de limitation de la capacité de travail du point de vue dermatologique, celle-ci étant estimée à 100% dans une profession adaptée, impliquant plusieurs limitations précisément décrites (expertise du 19 mars 2007). Ce rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, une appréciation du cas clairement exposée et des conclusions précises quant à la capacité de travail, notamment compte tenu des limitations fonctionnelles, de sorte qu'il emporte valeur probante. b d) Certes, il résulte du rapport du responsable du pré-stage, effectué à la fondation C. _____, que l'assuré paraissait très souffrant, de sorte qu'il a paru judicieux de commencer le stage d'évaluation à 50% (rapport du 26 mai 2004). Toutefois, le Dr P. _____ a relevé avoir été frappé par le peu d'investissement dont avait fait preuve l'assuré durant la prise en charge puis a signalé une attitude passive et régressée, l'intéressé étant incapable d'établir un lien entre un quelconque événement vécu et sa problématique douloureuse (rapport du 21 novembre 2002). De même, le Dr T. _____ a indiqué avoir été confronté à une discordance manifeste entre des plaintes douloureuses intolérables, traitées d'ailleurs par des médicaments légers, et des constatations cliniques et radiologiques itératives dans les limites de la norme (rapport du 26 novembre 2003). Eu égard aux motivations des médecins précités et à l'aune de la jurisprudence relative à la portée des constatations effectuées lors d'un stage d'observation professionnelle, par rapport à des données médicales (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 c. 2.4), on relèvera que l'avis du responsable du pré-stage, fondée sur une appréciation subjective au cours d'une seule

journée, ne saurait infirmer les avis convaincants des médecins ayant examiné l'assuré, en particulier celui du Dr T._____. b e) En conséquence, force est de constater une pleine capacité de travail sur le plan somatique dès le 21 novembre 2002. c) Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a retenu une incapacité de travail totale du 18 septembre 2000 au 20 novembre 2002, puis de 20% dès cette date.

E. 5

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 c. 3.4; 128 V 29 c. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 c. 2.1). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 c. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 c. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 c. 3.1; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007 c. 3.3.2.1) et il peut le cas échéant se déterminer selon le salaire prévu par une convention collective de travail (TF 9C_187/2007 du 30 avril 2008 c. 7.1; TF 9C_679/2008 du 30 septembre 2009 c. 4.1; TFA I 814/02 du 30 avril 2003 c. 4). b) En l'espèce, selon la Dresse J._____, l'assuré a recouvré une capacité de travail dès le 21 novembre 2002 (rapport d'examen SMR du 16 décembre 2003). Etant donné que le changement important ayant une incidence sur la capacité de gain remonte précisément à cette date, le calcul de comparaison des revenus doit être effectué en 2002, et non en 2003 comme le prétend le recourant (pour un cas similaire: TF I 95/07 du 15 février 2008 c. 5). On retiendra dès lors, comme l'intimé, un revenu sans invalidité de 4'690 fr. 13 fois l'an, soit 60'970 fr. par année, correspondant à ce que l'assuré aurait pu réaliser en 2002 en tant que maçon selon la convention collective de travail du bâtiment et du génie civil (ouvriers qualifiés et spécialistes sans CFC, machinistes et chauffeurs). Pour sa part, le recourant relève qu'il percevait un revenu équivalent à un maçon titulaire d'un CFC en 1989. On ne voit cependant pas de raisons de prendre en compte le salaire d'un maçon avec CFC, ce d'autant plus que, peu avant la survenance de son invalidité, l'assuré percevait de N._____ SA un revenu inférieur à celui retenu par l'intimé et déterminé selon le salaire d'un maçon sans CFC (questionnaire pour l'employeur du 25 juin 2002). On se basera donc dans les considérants qui suivent sur un revenu sans invalidité annuel de 60'970 fr. c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c.3.3). On se réfère alors à la

statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 c. 3b/bb; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 c. 5.2; VSI 1999 p. 182). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc p. 79). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 c. 6 p. 81; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 c. 5.1; TF I 797/06 du 21 août 2007 c. 6; voir aussi TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 c. 4). En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'557 fr. par mois (ESS 2002, TA1, p. 43, niveau de qualification 4). Dès lors que les données ressortant de l'ESS recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives, on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré, énoncées ci-dessus (TF I 112/06 du 16 août 2007; TF I 111/06 du 19 avril 2007; TF I 372/06 du 25 janvier 2007; TF I 700/05 du 12 janvier 2007). En effet, selon le rapport de la division administrative de l'OAI du 5 octobre 2007, ils existe des activités industrielles non qualifiées, qui ne comportent pas de risques allergiques comme des travaux d'alimentation de machines industrielles, de contrôles qualité visuels, de montages industriels, de conditionnement ou de surveillance de chaînes de production où il n'y a pas d'intervention directe de l'opérateur; de même, le métier de chauffeur-livreur pourrait également convenir. Ce salaire de référence, converti en un horaire de 41,7 heures – les salaires bruts standardisés tenant compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 – on retiendra, comme l'intimé dans la décision attaquée, un revenu d'invalide annuel de 57'008 fr. 07 pour 2002 (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 6), avant toutefois la prise en compte d'éventuelles déductions. Le recourant se prévaut d'un abattement de 20% au titre de réduction d'horaire ou de rendement certifié par le SMR et d'un nouvel abattement de 20% de désavantage salarial, selon lui justifié par les limitations fonctionnelles dues à son problème dermatologique et du fait que les activités légères sont en règle générale moins bien rémunérées. Il n'est pas contesté par les parties que le recourant présente une capacité de travail de 80% dans une activité de substitution, ce qui ressort du rapport SMR du 18 août 2003 des Drs J._____ et G._____. S'agissant du taux d'abattement, on relèvera que l'assuré est né en 1966, qu'il est au bénéfice d'un permis d'établissement, qu'il vit en Suisse depuis 1989 et qu'il a travaillé, à plein temps, notamment dans le secteur du bâtiment. Le taux de 10% retenu par l'intimé, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, n'apparaît pas critiquable. Dès lors, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 60'970 fr et d'un revenu d'invalide de 57'008.07 avec déduction d'une incapacité de travail de 20% et d'un abattement de 10%, le degré d'invalidité se monte à 32.68% dès le 21 novembre 2002. Ce taux étant inférieur au degré d'invalidité donnant droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé le droit à la rente à partir du 1^{er} mars 2003 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). d) Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2001 au 28 février 2003.

E. 6

a) Dans sa demande du 19 avril 2002, le recourant a conclu, en sus d'une rente, à être mis au bénéfice d'un reclassement dans une nouvelle profession. En procédure de recours, il a également conclu au renvoi de la cause à l'OAI notamment sur le plan professionnel en évoquant un stage d'évaluation professionnelle dans un centre. Dans la décision rendue le 12 novembre 2004 intitulée "Refus de rente d'invalidité", l'OAI mentionne uniquement que le recourant a bénéficié de mesures professionnelles "mais que celles-ci ne se sont pas déroulées de manière satisfaisante". Dans la décision sur opposition, l'OAI a modifié sa première décision en allouant une rente limitée dans le temps et rejeté l'opposition pour le surplus. Il apparaît dès lors que l'OAI n'a pas statué sur la question des mesures de reclassement professionnel.

b) Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4; TFA I 238/00 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 c. 1; VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). A noter qu'un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 c. 4.3.3; 124 V 109 c. 2a; TFA I 330/05 du 25 janvier 2006). Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 c. 2a; 122 V 77 c. 3b/bb; 99 V 35 c. 2; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 c. 3). L'assuré a droit à une formation supplémentaire lorsqu'un reclassement effectué aux frais de l'assurance-invalidité ne peut lui procurer un revenu du travail suffisant et que l'intéressé doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'il toucherait, sans invalidité, dans son activité antérieure. La notion "d'équivalence approximative" se rapporte en premier lieu non pas au niveau de formation en tant que tel, mais aux possibilités de gain à prévoir après la réadaptation (ATF 124 V 108 c. 2a; 122 V 77 c. 3b/bb; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 c. 3). En d'autres termes, l'assuré est considéré comme étant suffisamment réadapté si, après le reclassement, le gain qu'il peut obtenir équivaut au revenu qu'il percevait avant la survenance de l'invalidité (TFA I 131/98 du 23 décembre 1998; VSI 2000 p. 29 c. 2). En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux seules mesures nécessaires et propres à atteindre le but de la réadaptation visé mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. Car la loi ne garantit la réadaptation que dans la mesure où elle est à la fois nécessaire et suffisante. En outre, il doit exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 c. 4.3.3; 124 V 108 c. 2a; 121 V 258 c. 2c; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 c. 2.1). Cela signifie qu'une mesure de réadaptation, eu égard aux circonstances de fait et de droit du cas particulier, doit être proportionnelle au but visé par la réadaptation. Pour apprécier la proportionnalité au sens étroit, il y a quatre aspects à examiner, à savoir l'adéquation objective, temporelle, financière et personnelle: les chances de succès de la mesure doivent être démontrées; en outre le succès escompté doit être durable. Il doit exister un rapport raisonnable entre le succès escompté et le coût de la mesure concrète (ATF 107 V 88; TF 9C_554/2007 du 22 août 2008 c. 4.3.1 et les autres références citées). Le droit à une mesure de réadaptation

suppose ainsi qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 9.2; TF I 22/06 du 19 janvier 2007 c. 4.3; VSI 2002 p. 112 c. 2 et les références; cf. aussi TAss VO, arrêt P. du 30 juin 2006, AI 190/05 - 154/2006).

E. 7

En ce qui concerne les dépens réclamés par le recourant concernant la procédure d'opposition, c'est à juste titre que l'OAI les lui a refusés. En effet, l'art. 52 al. 3 LPGA prévoit que la procédure d'opposition est gratuite et qu'il ne peut en règle générale être alloué de dépens (TF 8C_1/2008 du 22 octobre 2008 c. 5). On ajoutera que l'art. 61 let. f LPGA, sur lequel semble se fonder le recourant, se rapporte à la procédure – de recours – auprès du tribunal des assurances et non à la procédure d'opposition. Comme le relève l'OAI, le recourant n'allègue ni n'établit de circonstances particulières qui permettraient de déroger à la règle générale établie par l'art. 52 al. 3 LPGA. La conclusion du recourant tendant à l'octroi de dépens pour la procédure d'opposition doit dès lors être rejetée.

E. 8

En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Le dossier sera transmis à l'OAI afin qu'il examine la question du droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.

E. 9

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de rendre le présent arrêt sans frais. En procédure d'assurances sociales, le recourant qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Tel n'est pas le cas du recourant, qui n'a ainsi pas droit à des dépens.

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