

# VD\_FINDINFO AI 466/08 - 367/2010 vom 17. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_466\\_08\\_-\\_367\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_466_08_-_367_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 466/08 - 367/2010 du 17 septembre 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 466/08 - 367/2010 del 17 settembre 2010

## Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, COMPARAISON DES REVENUS, FORCE PROBANTE | 28 al. 2 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

### E. 2

a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI. Le recourant soutient que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. Il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité, se bornant à conclure à l'octroi de cette prestation. L'OAI estime quant à lui que le recourant conserve une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert. b) 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]). c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 LPGGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGGA (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 LPGGA; 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\_900/2009 du 27 avril 2010, 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner – outre les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C\_499/2009 du 16 décembre 2009, consid. 4.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence; TF 9C\_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). e) 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, il 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; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). 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; cf. aussi TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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 9C\_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3).

### **E. 3**

a) En l'espèce, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 1<sup>er</sup> mars 2006, lequel parvient à la conclusion que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à compter du mois de juin 2003. b) D'un point de vue somatique, ce rapport relève que les troubles dégénératifs du rachis et de l'épaule n'expliquent qu'une partie des symptômes présentés et qu'il existe une importante discordance entre l'atteinte à la santé objectivable et les plaintes du recourant. Il retient un certain nombre de limitations fonctionnelles, décrites précisément, qui contre-indiquent la reprise de l'activité professionnelle antérieure, mais n'empêchent pas l'assuré d'exercer une activité adaptée à 100 pour-cent. Cette appréciation résulte d'exams approfondis et d'une bonne connaissance du dossier, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Elle ne saurait en particulier être remise en cause par l'avis opposé du médecin traitant du recourant, le Dr C. \_\_\_\_\_, lequel est moins documenté et motivé. L'assuré ne prétend d'ailleurs pas que les conclusions du SMR sur le plan somatique soient erronées, se limitant à reprocher à l'intimé une absence de prise en considération de son affection artérielle. A cet égard, il sied de constater que le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a prescrit qu'un arrêt de travail limité à six jours et que les nouvelles limitations fonctionnelles engendrées ne sont pas nombreuses et complexes au point de diminuer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, comme le relève à juste titre le SMR dans son avis du 13 janvier 2009. c) Sous l'angle psychique, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR explique de manière systématique et détaillée les raisons pour lesquelles il estime que le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble anxieux et dépressif mixte diagnostiqués n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Il relève en particulier que la comorbidité psychiatrique ne revêt pas une importance et une gravité suffisantes pour être invalidante, que le syndrome anxio-dépressif constitue un phénomène d'accompagnement des douleurs chroniques et qu'il existe des divergences conséquentes entre les douleurs décrites et les constatations médicales. Ces considérations rejoignent celles qui figurent dans l'expertise judiciaire du Dr F. \_\_\_\_\_, qui constate également un certain degré de discordance entre les plaintes formulées par le recourant et les constatations objectives. S'il reconnaît le caractère pathologique de la personnalité de l'assuré, il estime néanmoins que les troubles présentés ne sont pas d'une gravité telle qu'ils justifient une incapacité de travail. En effet, l'expert est d'avis que le trouble dépressif doit être qualifié tout au plus de sévérité moyenne et qu'il ne constitue pas une affection séparée du syndrome somatoforme douloureux. Il relève en outre que le recourant conserve d'importantes ressources et qu'il n'a pas connu de difficultés particulières jusqu'à aujourd'hui, quand bien même les troubles de la personnalité remontent au début de l'âge adulte. Il indique enfin qu'il n'y a ni véritable cristallisation de la pathologie psychique, ni perte d'intégration sociale, dès lors que la symptomatologie n'est pas totalement fixée et que l'intéressé conserve un réseau social non négligeable. En conséquence, l'expert considère que le traitement administré est adéquat et qu'il est raisonnablement exigible de la part du recourant qu'il reprenne à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 octobre 2009 et son complément du 14 décembre suivant procèdent d'un examen attentif du dossier médical et de deux consultations du recourant, et répondent de manière claire et motivée aux questions posées, ainsi qu'à la systématique propre aux troubles dont il est question. Ils remplissent ainsi parfaitement les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2e). Cela étant, les conclusions de l'expert psychiatre doivent supplanter celles du Dr C. \_\_\_\_\_, lequel n'est pas spécialiste et est naturellement

plus enclin à se prononcer en faveur de son patient, ainsi que celles des Drs V. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, dont le rapport du 30 juin 2004 est moins étayé et plus ancien. Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, il ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail exigible. d) Au vu de ces éléments, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'autorité intimée, que le recourant dispose d'une capacité de travail exigible de 0% dans son ancienne profession, mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, depuis le mois de juin 2003.

#### **E. 4**

S'agissant du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat et doit donc être confirmée. Il en résulte un revenu sans invalidité de 64'518 fr. 80, selon les indications fournies par l'employeur de l'assuré, qui, comparé au revenu avec invalidité de 51'532 fr. 42 (et non de 53'016 fr. 78 tel que figurant dans la décision litigieuse) établi sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique avec un abattement de 10% en l'occurrence non critiqué et justifié, correspond à un taux d'invalidité global de 20,13%, arrondi à 20% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit :  $(64'518 \text{ fr. } 80 - 51'532 \text{ fr. } 42) \times 100 / 64'518 \text{ fr. } 80$  Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI).

#### **E. 5**

En définitive, circonscrit à l'octroi d'une rente, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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