

# VD\_FINDINFO AI 507/09 - 503/2011 vom 18. Oktober 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-10-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_507\\_09\\_-\\_503\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_507_09_-_503_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 507/09 - 503/2011 du 18 octobre 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 507/09 - 503/2011 del 18 ottobre 2011

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 28 al. 1 let. b LAI, 29 al. 1 LAI, 29 al. 1 let. b LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

Le consilium a été demandé en raison d'une humeur instable, d'une irritabilité, de troubles du sommeil et de ruminations anxieuses depuis quelques mois. On conclut logiquement que cette symptomatologie est d'apparition récente, et qu'elle n'existait pas auparavant. Nous savons en tous les cas que les manifestations anxio-dépressives n'atteignaient pas le seuil diagnostique lors du séjour à la CRR en décembre 2007. Ceci est d'ailleurs admis par les Drs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ qui ne relèvent aucun antécédent psychiatrique.

### E. 2

Le status rapporté par les Drs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ne contient pas les critères requis par la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif moyen (2 symptômes cardinaux, plus 3 ou

### E. 4

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, 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. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra néanmoins en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des troubles psychiques, la référence à un système de classification internationale des maladies (en particulier la CIM-10) peut améliorer le caractère objectivable de ces derniers. Dans ce sens, l'utilisation d'instruments de standardisation unifiée permet d'améliorer la concordance entre des experts individuels, conduisant à une fiabilité des diagnostics plus importante. Aussi, selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise psychiatrique dépend en principe également du fait qu'elle se fonde sur une telle classification (ATF 130 V 396).

## **E. 5**

a) En l'espèce, le recourant affirme être totalement incapable de travailler depuis son accident de juin 2007. Il conteste la décision de l'OAI qui lui reconnaît une totale capacité de travail dans une activité adaptée, au motif que l'intimé n'aurait pas pris en considération l'ensemble des rapports médicaux et des diagnostics le concernant, notamment le trouble psychique et le trouble somatoforme douloureux diagnostiqués par les Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, et la fracture du corps de D10 diagnostiquée par le Dr T. \_\_\_\_\_, ne se basant que sur les conclusions des médecins de la CRR pour rendre sa décision. Il demande qu'une expertise pluridisciplinaire, notamment psychiatrique, soit mise en œuvre afin d'évaluer correctement sa capacité de travail. b) Or, contrairement à ce que soutient le recourant, il apparaît que l'OAI s'est bien fondé sur l'ensemble de la documentation médicale et des diagnostics posés par différents médecins pour rendre sa décision. Il ressort en premier lieu des pièces au dossier que, à l'époque de l'accident de 1997, la CNA avait considéré, au regard des appréciations médicales, que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans des activités adaptées légères ne sollicitant pas le dos et ne requérant qu'un port occasionnel de charges d'un poids maximal de 10 kilos (décision du 15 février 2000). A la suite d'une rechute, les médecins de la CRR avaient précisé l'exigibilité en indiquant que l'activité de ferrailleur (ou toute autre activité lourde) était désormais exclue. En revanche, une activité légère à moyennement lourde pouvait être exercée toute la journée en alternant les positions (marche, position debout, position assise ; cf. rapport du 6 décembre 2004). L'activité de ferrailleur, comportant le port de charges de plus de soixante kilos, que l'assuré a exercée durant plusieurs années avant son deuxième accident, était donc déjà inadaptée à l'état de santé qui était le sien jusqu'à son accident du 21 juin 2007. Figure ensuite à l'actif du dossier le rapport d'examen final du médecin conseil de la CNA, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui conclut le 10 mars 2008 que l'accident du 21 juin 2007 n'a pas eu

d'impact durable sur l'état de santé du recourant, au vu notamment du rapport des médecins de la CRR du 10 janvier 2008, qui font état d'un comportement douloureux variant selon les circonstances et de beaucoup d'incohérences, et qui relèvent que les IRM lombaires du 15 janvier 2007 et du 26 juin 2007 sont superposables. Or les rapports des médecins de la CRR s'appuient sur une observation clinique attentive de l'assuré et sur des examens d'imagerie médicale complets. Les conclusions sont bien motivées et il n'existe au dossier aucun élément susceptible de remettre en cause leurs constatations qui se concilient, notamment, avec les avis des médecins ayant examiné l'assuré à l'époque de l'accident de 2007, soit le Dr S. \_\_\_\_\_ (rapports des 31 août 2007 et 26 mars 2008) et le Dr Y. \_\_\_\_\_ (rapport du 10 octobre 2007). En ce qui concerne le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_, produit par le recourant et établi postérieurement à celui des médecins de la CRR, il rappelle des diagnostics déjà connus. Les examens pratiqués montrent en effet toujours un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs dorsolombaires et de cyphose. Les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, tout comme la fracture du corps de D10 apparue en juin 2009, justifient toujours une incapacité de travail totale dans l'activité de ferrailleur (que le recourant semble toujours exercer). Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'explique toutefois pas les raisons pour lesquelles une activité adaptée ne serait pas exigible, ne faisant référence qu'à un marasme psychologique dans lequel se trouverait son patient. Il convient par ailleurs de souligner que la fracture du corps de D10, qui ne remonte qu'à juin 2009, n'a pas pu entraîner une incapacité de travail d'une année au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI) au moment de la décision litigieuse du 23 septembre 2009, de sorte que l'OAI n'avait pas à tenir compte des éventuelles conséquences de cette affection sur la capacité de travail du recourant au moment de rendre sa décision. c) Pour ce qui attrait au trouble psychique invoqué par le recourant, le rapport des Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2009 retient en effet un diagnostic d'épisode dépressif chronique léger à moyen. Ces médecins ne se prononcent toutefois ni sur la capacité de travail du recourant ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles psychiatriques. De plus, comme le relève le SMR dans son avis du 17 juin 2009, ces psychiatres ne décrivent pas un statut caractérisant un épisode dépressif moyen requis par la CIM-10. La baisse du plaisir, une humeur triste et des troubles du sommeil ne correspondent en effet pas à un épisode dépressif léger selon cette classification. Les constatations de ces psychiatres ne diffèrent par ailleurs pas de celles faites lors du consilium psychiatrique de la CRR, dont le rapport, plus étayé, mentionne que la thymie du recourant est discrètement diminuée, mais sans ralentissement psychomoteur. L'assuré rapportait en effet une perte de plaisir et d'intérêts dans certaines de ses activités, se disait inquiet pour son avenir professionnel et rapportait un sentiment d'injustice par rapport à son licenciement. Ce consilium concluait à quelques éléments anxio-dépressifs mais modérés, n'atteignant pas un seuil diagnostic. On notait une surcharge psychique en raison du licenciement, de l'absence de soutien de l'employeur, des problèmes financiers et d'un avenir flou. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait pas de proposition particulière, l'assuré se montrant réticent à toute prescription médicamenteuse pour ses troubles du sommeil. Les conclusions des médecins de la CRR, qui ne retiennent aucune incapacité de travail en relation avec des troubles psychiques, ne sauraient donc être remises en cause par le rapport des Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_. d) Concernant les troubles somatoformes douloureux invoqués par le recourant, ces derniers n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; 131 V 49). La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 ; 131 V 49). A cet égard, 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 (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1). 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). En l'occurrence, les troubles somatoformes décrits par les Drs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ne peuvent être considérés comme invalidants au sens de l'assurance-invalidité, dans la mesure où ils ne s'accompagnent ni d'une comorbidité psychiatrique significative, ni des critères de gravité susmentionnés. En effet, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni de profits primaires tirés de la maladie, ni d'échec de traitement ambulatoire ou stationnaire conforme aux règles de l'art. De plus, les médecins de la CRR ont relevé une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. En l'état, il y a également une absence de traitement, l'assuré devant réfléchir à la possibilité de suivre une psychothérapie. e) Selon la jurisprudence, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c ; 124 V 90, consid. 4b ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3). Il résulte de ce qui précède que toutes les problématiques médicales concernant le recourant ont été dûment investiguées et prises en compte par l'OAI dans l'établissement de sa décision, qui retient donc à juste titre que le recourant possède une capacité de travail nulle dans son ancienne activité de ferrailleur (cf. également l'appréciation de la CNA dans sa décision sur opposition du 29 mai 2008, entrée en force), mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère à moyennement lourde, permettant une alternance des positions et sans travail penché en avant ou en rotation du tronc). Par conséquent, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine

connaissance de cause, la requête d'expertise pluridisciplinaire du recourant doit être rejetée.

## **E. 6**

a) Pour fixer le revenu sans invalidité (premier terme de la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPG), il faut établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222, consid. 4.3.1 et les références ; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] 2010, ad art. 28a LAI, p. 300 ss). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou aux données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (TFA U 243/99 du 23 mai 2000 ; TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2, in REAS 2004, p. 239). Il convient, en l'occurrence, de prendre en considération le revenu que l'assuré pourrait réaliser comme ferrailleur sans atteinte à la santé, soit un salaire de 54'000 fr. en 2005 (et non en 2007 comme le retient à tort la décision litigieuse ; cf. décision CNA du 25 avril 2007) qui, indexé pour 2008 (+ 1,1% en 2006, + 1,6% en 2007 et + 2,2% en 2008 ; Office fédéral de la statistique, Indice suisse des salaires, 2006 à 2008), se monte à 56'687 fr. 80. b) Selon la jurisprudence constante, lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est le cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, 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 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174, consid. 4a), 4'806 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). 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 2008 (41,6 heures ; Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises en 2008), ce montant doit être porté à 4'998 fr. 25, ce qui donne un salaire annuel de 59'979 francs. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité / catégorie de permis de séjour et 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'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc). Par ailleurs, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision

en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71). En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles et de la langue parlée par le recourant (allemand et suisse allemand), celui-ci ayant au demeurant pu bénéficier d'un cours de langue à titre de mesures d'intervention précoce, l'abattement de 10% retenu par l'office intimé sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé du recourant s'élève ainsi à 53'981 fr.

10. c) Il en résulte que le degré d'invalidité du recourant, obtenu en comparant son revenu sans invalidité (56'687 fr. 80) et d'invalidé (53'981 fr. 10), est de 4,77%, ce qui ne donne pas droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être lorsque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelle qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ (ATF 130 V 488, consid. 4.2 ; 124 V 108, consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dès lors, le droit à des mesures de réadaptation professionnelle n'est pas ouvert.

## **E. 7**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, en ce sens que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles. b) 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 de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. En l'occurrence, Me Dupont a produit la liste de ses opérations, qui a été contrôlée et approuvée en regard de la présente procédure. Son indemnité d'office est par conséquent arrêtée à 1'287 fr. (7,15 h. x 180 fr./h.), montant auquel s'ajoute la TVA par 97 fr. 80 ([1'287 fr. x 7.6] / 100), pour l'ensemble

de son activité déployée pour la période couverte par la décision du Bureau de l'Assistance judiciaire. Le montant total de l'indemnité d'office s'élève donc à 1'384 fr. 80, (1'287 fr. + 97 fr. 80), arrondi à 1'385 fr., TVA incluse.

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