

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 895 vom 1. November 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__895

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 895 du 1 novembre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 895 del 1 novembre 2011

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, AFFECTION CARDIAQUE, AFFECTION PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) Interjeté le 17 janvier 2011, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le recourant se plaint du refus de mesures de reconversion professionnelle et d'une rente d'invalidité. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les

références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra 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). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 125 V 412 consid. 2b; 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

E. 3

a) En l'espèce, une première demande déposée en 2004, fondée sur des problèmes cardiaques, a été rejetée par décision du 2 mars 2006. Une deuxième demande du 29 juin 2006, motivée par des problèmes cardiaques et psychiatriques, a été rejetée par décision du 2 décembre 2010, laquelle fait l'objet du présent recours. Le litige porte donc sur le droit aux prestations de l'assuré dès le mois de mars 2006. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'état de santé s'est, depuis lors, péjoré au point d'entraîner une perte de gain qui ouvrirait droit à une rente d'invalidité ou des mesures d'ordre professionnel. Pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, l'intimé s'est fondé sur les rapports du Dr N. _____ des 17 novembre 2010 et 15 mars 2011, dont les conclusions sont basées sur l'expertise cardiologique du Dr B. _____ (rapport du 26 mars 2008) et l'expertise psychiatrique de la Dresse R. _____ (rapport du 16 septembre 2010). Le

recourant en conteste la valeur probante en remettant en cause les conclusions des experts relatives à l'absence de diagnostic ayant valeur d'invalidité, au motif que d'autres médecins consultés ont attesté une incapacité de travail à 50 %. b) Sur le plan physique, il n'est pas contesté que le recourant présente depuis de nombreuses années une fibrillation auriculaire, tout d'abord de façon paroxystique en 2004, puis chronique dès 2006, ainsi qu'une cardiopathie avec altération discrète à modérée de la fonction systolique du ventricule gauche sur tachycardiomyopathie ou autre cardiopathie sous-jacente (présente depuis 2004 avec dysfonction ventriculaire gauche fluctuante). Dans son rapport d'expertise, le Dr B. _____ a établi de manière probante une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (travail sédentaire ou avec des efforts légers et des charges de moins de 10 kg), en raison de l'altération discrète à modérée de la fonction systolique du ventricule gauche et de la réponse ventriculaire rapide à l'effort. L'ancienne activité de manutentionnaire n'est plus exigible (rapport d'expertise du 26 mars 2008, p. 5, point 2.3). Comme l'a précisé le SMR, la reprise de l'activité de manutentionnaire ne peut être envisagée qu'en cas de rétablissement du rythme sinusal et de la correction de la dysfonction ventriculaire (avis médical du 5 mai 2008), interventions que l'intéressé a pour l'instant refusées. L'hyperthyroïdie sous Cordarone apparue en mars 2006 n'a aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, l'expert a mis en évidence une importante discordance entre les plaintes de l'assuré et les éléments objectifs. Si l'expert a admis une certaine dyspnée d'effort et une limitation de la capacité physique compte tenu d'une fraction d'éjection à 45 % et d'une réponse ventriculaire rapide à l'effort, il a exclu une asthénie aussi intense que celle dont se plaignait l'intéressé (rapport d'expertise, p. 4 point 5). Dans le même sens, le Dr K. _____ a mis en évidence des signes de non-organicité (rapport médical du 1^{er} février 2005) et le Dr X. _____ a estimé que les douleurs étaient déconcertantes et s'est interrogé sur la présence possible d'une cardio-phobie (rapport médical du 31 octobre 2010). Le recourant soutient, en se référant à divers rapports médicaux, que son état de santé s'est péjoré depuis l'expertise à la suite d'infarctus rénaux en octobre 2009. Comme l'indique le Dr W. _____ dans son rapport du 20 décembre 2010, le traitement sous Aspirion cardio a été arrêté à cette époque suite à plusieurs extractions dentaires. Le patient a alors développé des embolies artérielles provoquant une atteinte importante au niveau du rein gauche et de moindre importance au rein droit qui allait compenser en définitive la déficience de l'autre rein. Malgré une fonction rénale qualifiée de satisfaisante par le Dr W. _____, ce dernier a toutefois considéré que son patient présentait une capacité physique limitée qui devait être évaluée à 50 %, corroborant ainsi l'avis du Dr S. _____ (rapport médical du 12 novembre 2010 et courrier du 28 avril 2011). Toutefois, les rapports médicaux précités n'indiquent pas, ou ne motivent pas, d'incapacité de travail durable en raison d'une atteinte rénale. Par ailleurs, sur le plan cardiologique, le Dr N. _____ a fait état d'éléments objectifs permettant de démontrer que les médecins traitants n'avaient pas établi de manière convaincante une quelconque aggravation (avis médical du 17 novembre 2010). En effet, il a pu constater une amélioration des paramètres objectifs mesurés en 2010 par le Dr S. _____ (rapports des 12 novembre 2010 et 30 mars 2011). Ainsi, le test d'effort de 2008 montrait une capacité de 41 % de la valeur maximale théorique, alors qu'elle était à présent de 51 % ; la fraction d'éjection du ventricule gauche étant, quant à elle de 45 % en 2008, alors qu'elle était à présent de 50 à 55 %. Il n'y avait dès lors aucun argument médical en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Dr B. _____. c) Sur le plan psychique, l'assuré a été pris en charge de décembre 2008 à janvier 2009 par la

Dresse F. _____, puis dès le 19 mars 2009 par la Dresse M. _____ de l'association O. _____. Cette dernière a considéré que son patient présentait un épisode dépressif sévère et des troubles mixtes de la personnalité à traits de type hypocondriaque et anxieux (probablement dès 2006 avec une aggravation depuis 2008). Pour sa part, dans un rapport d'expertise psychiatrique du 16 septembre 2010, la Dresse R. _____ n'a mis en évidence aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) – soit en l'espèce le positionnement du patient dans un rôle d'invalidé, élément sortant du champ médical – n'ayant aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé. La Dresse R. _____ a ajouté que le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par la Dresse M. _____ n'était pas argumenté par un status illustrant ce diagnostic, ce d'autant plus que l'assuré n'avait jamais eu de pensée suicidaire et qu'aucun traitement antidépresseur n'avait été prescrit durant le suivi. Le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité à traits de type hypocondriaque et anxieux n'était pas clairement contestable, mais ceux-ci n'étaient pas décompensés et le rapport ne contenait aucun argument pour justifier une composante incapacitante sur l'exigibilité professionnelle. Par contre, l'experte constatait que le rapport de la psychiatre traitant mentionnait clairement une blessure narcissique face à l'inactivité professionnelle, qui serait donc soulagée par la reprise d'un emploi. L'experte a conclu que le rapport précité ne contenait aucun argument médicalement probant pour justifier une incapacité de travail. Le fait que la prise en charge psychiatrique avait été interrompue en novembre 2009 appuyait le côté rassurant de l'état de santé de l'assuré. Ces constatations de la Dresse R. _____ emportent la conviction, dès lors qu'elles reposent sur une anamnèse et un examen clinique complets, que la Dresse R. _____ a pris en considération les plaintes de l'assuré et les autres avis médicaux au dossier, et qu'elle a exposé de manière probante pourquoi elle s'en écartait lorsque tel était le cas. d) Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir, comme le SMR dans ses avis médicaux successifs (notamment des 17 novembre 2010, 15 mars 2011 et 15 juin 2011), que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, soit répondant aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert B. _____. Au regard des pièces médicales probantes figurant au dossier, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

E. 4

Cela étant, il s'agit à présent de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible, en comparant les revenus sans et avec invalidité. a) L'invalidité est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas,

l'invalidité a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). b) Pour la comparaison des revenus que l'assuré pourrait réaliser sans atteinte à la santé, d'une part (revenu hypothétique sans invalidité), et malgré les atteintes à la santé dont il souffre, d'autre part (revenu d'invalidité), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique. Le revenu d'invalidité peut être établi en se référant à ces données lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, 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, la catégorie d'autorisation 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 126 V 75). Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 224 consid. 4.3.1). On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. ATF 135 V 58 consid. 3.4.6 p. 64; RCC 1992 p. 96 consid. 4a; TFA I 137/04 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.1, I 419/02 du 6 mars 2003 consid. 5.1, I 774/01 du 4 septembre 2002 consid. 3, I 696/01 du 4 avril 2002 consid. 4). Dans ce sens, lorsque le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé s'écarte notablement (plus de 5 %) du salaire que l'on pourrait déduire des données de l'ESS et que l'on peut présumer que cet écart résulte de diverses circonstances liées à la personne de l'assuré et qui limitent ses perspectives salariales, il convient de prendre en considération ces circonstances de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité (parallélisme des deux termes de la comparaison de revenu; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2ème éd. 2010, ad art. 28a p. 321). En pratique, on peut établir le revenu hypothétique sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité, pour le porter jusqu'à un montant correspondant à celui résultant de l'ESS, mais réduit de 5 %, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu d'invalidité au moyen de l'ESS. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent davantage ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (cf. ATF 135 V 297, 135 V 58, 134 V 322 consid. 4 p. 325 et 5.2 p. 327 sv.). c) In casu, pour déterminer le revenu d'invalidité du recourant, il convient de se référer au revenu résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires

(ESS) pour des activités simples et répétitives (niveau 4) dans l'économie privée, tous secteurs confondus. Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2005 (41.6 heures), le salaire déterminant est de 58'393 fr.92, soit 4'866 fr. 16 par mois. Une déduction de 10 % pour tenir compte des facteurs liés à la personne de l'assuré (handicap et âge, en particulier) entre également en considération, ce qui porte le revenu d'invalidité à 52'554 fr. 52. Sans invalidité, le recourant n'aurait pas pu réaliser un revenu plus élevé dans son ancienne activité personnelle, si l'on se réfère aux renseignements obtenus par l'intimé auprès de C._____ SA. Par ailleurs, à supposer que l'on s'écarte de ces renseignements pour se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, il n'en résulterait pas un taux d'invalidité de 20 %, qui seul pourrait ouvrir droit à des mesures d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les références; TF 9C_125/2009 du 19 mars 2010, in SVR 2010 IV n° 52 p. 160). Au vu de ce qui précède, le droit à une rente d'invalidité est également exclu (cf. art. 28 LAI).

E. 5

a) Ainsi, au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur le droit aux prestations litigieuses. La décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 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; 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.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire limitée à la question des frais de justice. Il remplit les conditions posées par l'art. 18 al. 1 LPA-VD, de sorte que sa demande doit être admise. Par conséquent, les frais de justice sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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