

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 760 vom 16. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_\\_2015\\_\\_\\_760](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2015___760)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 760 du 16 novembre 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 760 del 16 novembre 2015

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE, FORCE PROBANTE, RAPPORT MÉDICAL, REVENU D'INVALIDE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

## Erwägungen

### E. 1

Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2012.

### E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, 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 et les références citées). 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. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010

consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées). c) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (TF 9C\_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

#### **E. 4**

Le recourant conteste que son état de santé lui permette de reprendre une activité, même adaptée. En l'espèce, il ressort des différents rapports médicaux au dossier que l'intéressé souffre de lombalgies avec une cruralgie irritative droite et présente une sévère malformation congénitale du rachis lombaire marquée notamment par une scoliose. Comme l'ont relevé les Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, ces pathologies ont entraîné une incapacité de travail totale et définitive dans sa dernière activité d'homme à tout faire dès le 4 janvier 2011. Le seul médecin à s'être prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 17 octobre 2013. Sur la base d'un examen clinique de son patient du même jour et de l'ensemble des pièces du dossier, ce praticien a exposé que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, sans diminution de rendement. Cette date a été retenue car elle correspondait à la fin des investigations de la pathologie rachidienne par le Service de neurochirurgie du S.\_\_\_\_\_, qui n'avait pas prévu d'intervention chirurgicale, et des investigations de la pathologie neurologique, qui n'ont pas amené de proposition thérapeutique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a du reste indiqué qu'en l'espace d'une année, le traitement antalgique et le repos associés avaient permis de stabiliser la situation clinique, la faiblesse du membre supérieur gauche ayant disparu. Il a constaté des discordances entre la faiblesse musculaire annoncée et la force observée, relevant la possibilité pour son patient d'effectuer, sur une courte distance, une marche sur les talons ou sur les pointes, tout comme la possibilité de monter et descendre de la table d'examen sans peine à plusieurs reprises, ce qui contrastait avec la quasi impossibilité de

mobiliser le genou, la cheville et la hanche droites lors des tests de force musculaire. Quant aux limitations fonctionnelles, ce praticien a exposé que le recourant ne devait pas porter de charge de plus de 5 kg, ne devait pas effectuer de travail au dessus des épaules ou sur des lieux élevés, ni en porte-à-faux ou en rotation du tronc, qu'il ne devait pas effectuer des déplacements de plus de 1'000 mètres par jour ou en terrain irrégulier, ni des montées répétitives d'escaliers, qu'il ne devait pas travailler en position accroupie ou à genoux. Il a également indiqué qu'une alternance des positions était nécessaire, proscrivant les positions statiques prolongées debout ou assis. Ces limitations fonctionnelles correspondent d'ailleurs à celles décrites par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ dans leurs rapports respectifs des 18 décembre 2011 et 5 novembre 2013. Les conclusions du rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ sont pleinement convaincantes. Ce praticien a en effet décrit précisément l'anamnèse de son patient, détaillé de manière circonstanciée le contexte médical, examiné toutes les pièces au dossier et procédé à des examens complets pour poser des conclusions claires, motivées et dénuées de contradictions. Son rapport d'expertise répond donc aux réquisits jurisprudentiels décrits ci-dessus ( cf. supra consid. 3b) permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Aucun élément médical ultérieur ne vient au demeurant contredire ses observations et conclusions. En outre, il ressort des différents rapports d'évaluation successivement établis par l'association R. \_\_\_\_\_ concernant les mesures d'entraînement à l'endurance ayant eu lieu entre le 3 mars et le 2 décembre 2014 que le recourant dispose d'une capacité de travail qu'il peut mettre à profit. Il a en effet été relevé une amélioration notable de ses aptitudes physiques, que l'augmentation de la charge et du temps de travail s'était déroulée avec aisance sans entraîner d'augmentation des douleurs et que l'intéressé semblait disposer de compétences dans des activités exigeant précision et finesse, conservant ainsi un certain niveau d'employabilité en terme de compétences professionnelles. Il y est également indiqué que les aptitudes manuelles et la résistance de l'intéressé étaient susceptibles d'être exploitées dans un environnement productif économique en entreprise. Les limitations fonctionnelles dont font état ces rapports correspondent à celles décrites par le Dr W. \_\_\_\_\_, soit en particulier éviter le port de charges de plus de

## **E. 5**

a) Aux termes de 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). 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 (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures 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). b) En l'espèce, le salaire sans invalidité a été fixé à 62'547 fr. 78, ce qui n'est pas contesté, ni contestable. Quant au revenu d'invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose d'aucune formation professionnelle, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Cela étant, il convient de relever que le montant du revenu d'invalidité déterminé par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus, sans autres explications qu'une référence aux données statistiques de l'ESS et un abattement de 10%, soit 59'875 fr., paraît erroné. Il convient donc de procéder d'office à la détermination du revenu d'invalidité du recourant, puis à la rectification du calcul opéré pour déterminer son taux d'invalidité et son éventuel droit à une rente postérieurement au 31 mai 2012. Selon l'ESS 2012 (TA1 tirage skill level), année d'ouverture du droit à la rente temporaire, le salaire mensuel d'un homme pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) s'élève à 5'210 fr., soit 5'431 fr. 45 ( $5'210 \times 41.7 : 40$ ) en tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2012. Le revenu d'invalidité du recourant correspond ainsi à ce dernier montant annualisé, sur lequel il y a lieu de procéder à l'abattement de 10% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de sa nationalité et de son permis C, soit un montant de 58'659 fr. 70 ( $5'431.45 \times 12 - 10\%$ ). La comparaison de ce revenu d'invalidité avec le revenu sans invalidité initialement retenu par l'intimé fait apparaître une perte de gain de 3'888 fr. 08 ( $62'547.78 - 58'659.70$ ), correspondant à un taux d'invalidité de 6.21% ( $3'888.08 \times 100 : 62'547.78$ ), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 al. 1 LAI. Il en irait de même si l'on retenait un abattement plus élevé, soit par exemple de 15%, lequel serait quoi qu'il en soit manifestement injustifié compte tenu de la situation concrète du recourant. En effet, un tel abattement conduirait à un revenu d'invalidité de 55'400 fr. 80 ( $5'431.45 \times 12 - 15\%$ ) et la comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité ferait apparaître une perte de gain de 7'146 fr. 98 ( $62'547.78 - 55'400.80$ ), correspondant à un taux d'invalidité de 11.42% ( $7'146.98 \times 100 : 62'547.78$ ), également insuffisant pour ouvrir de tels droits. On relèvera ici que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la pathologie du recourant et accessibles sans formation particulière ( cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Il a en outre déjà été tenu compte de la nationalité et de l'autorisation d'établissement du recourant dans le cadre de la détermination de l'abattement de 10%, étant précisé qu'au vu des circonstances concrètes, cet abattement ne prête pas le flanc à la critique et ne peut être que confirmé. La référence aux données statistiques de l'ESS 2010 (TA1), indexées à 2012 au vu de l'année d'ouverture du droit à la rente temporaire, pour déterminer le revenu d'invalidité du recourant, n'apporte pas une solution différente. Selon ces dernières, le salaire mensuel d'un homme pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) s'élève à 4'901 fr., soit 5'097 fr. 05 ( $4'901 \times 41.6 : 40$ ) en tenant

compte de la moyenne usuelle de travail de 41.6 heures dans les entreprises en 2010. Après annualisation et indexation de 2010 à 2011 (+ 1%) puis de 2011 à 2012 (+ 0.8%) et compte tenu de l'abattement de 10%, le revenu d'invalidé doit dans ce cas être fixé à 56'043 fr. 45 (5'097.05 x 12 + 1% + 0.8% - 10%). La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité fait apparaître une perte de gain de 6'504 fr. 33 (62'547.78 - 56'043.45), correspondant à un taux d'invalidité de 10.39% (6'504.33 x 100 : 62'547.78), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à une mesure de reclassement professionnel. Il en irait de même si l'on retenait un abattement de 15% dans la mesure où le taux d'invalidité serait de 15.37%. Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité postérieurement au 31 mai 2012.

## **E. 6**

a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 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 fr. (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 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au 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). Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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