

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 953 vom 4. Juli 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-07-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__953

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 953 du 4 juillet 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 953 del 4 luglio 2018

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, SUREXPERTISE, PREUVE FACILITÉE, RENTE TEMPORAIRE | 28 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

E. 2

Est litigieuse la question du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2014 pour une durée illimitée. Plus précisément, le recourant conteste l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente ainsi que le salaire d'invalidité retenu par l'intimé. Dans ce contexte, une expertise judiciaire a été mise en œuvre avec l'accord des parties.

E. 3

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. I 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 (cf. 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un précédent refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. 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 et 130 V 71 consid. 3.2). c) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée – comme c'est le cas en l'espèce – correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

E. 4

a) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres 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 exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf.

TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). b) 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352 et les références). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Jusqu'à très récemment, le Tribunal fédéral considérait que les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne constituaient pas des conséquences d'un état psychique malade et n'étaient donc pas des affections à prendre en charge par l'AI; la mesure de ce qui était exigible devait être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). En 2015, le Tribunal fédéral avait modifié sa pratique de clarification du droit à une rente AI en cas de troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues (ATF 141 V 281). Selon cette nouvelle jurisprudence, la décision sur le droit à une rente AI devait être rendue à l'issue d'une procédure structurée d'administration des preuves : il convenait d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents retenus par le Tribunal fédéral sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (TF 8C_841/2016 et 130/2017),

le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que cette approche pour clarifier le droit à une rente AI devait s'appliquer dorénavant à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Il convient dès lors plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Pour des questions de proportionnalité, il pourra être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne pourra en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante sera considérée comme n'étant pas rapportée et l'absence de preuve supportée par la personne concernée.

E. 5

a) En l'espèce, dans ses déterminations en regard du rapport d'expertise judiciaire du 13 décembre 2016, le recourant reconnaît implicitement que celui-ci revêt pleine valeur probante puisqu'il fonde son argumentation sur les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et plus particulièrement sur le taux de capacité résiduelle de travail retenus par les experts. Il en va de même pour l'intimé, qui relève que, de l'avis du SMR du 23 février 2017, les observations des experts confirment en tout point l'évaluation de la capacité de travail effectuée par la CRR, sur laquelle il avait fondé sa décision. Dans le cas présent, les experts judiciaires ont procédé à un examen particulièrement fouillé et soigné de la situation médicale du recourant. Ils ont par ailleurs exposé leur analyse de manière détaillée et fourni des explications convaincantes sur les motifs qui les amenaient à ne retenir aucune incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique et à considérer, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail avec diminution de rendement de 20 % dans une activité professionnelle adaptée strictement aux limitations fonctionnelles du recourant. Ils ont par ailleurs précisé confirmer rétroactivement l'appréciation effectuée par les spécialistes de la CRR, en soulignant que la diminution de rendement de 20 % retenue par la CNA dans sa décision prenait correctement en compte les importantes et nombreuses limitations fonctionnelles de l'intéressé. Dans ces conditions, une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence doit ainsi être accordée à l'expertise judiciaire. b) Au vu des conclusions des experts, il y a lieu de retenir que depuis le début de son stage ECP, le 25 mars 2014, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles (assise, semi-assise, avec déplacements et ports de charges occasionnels de 5 kg maximum, sans travaux répétitifs avec les membres supérieurs en porte-à-faux et au niveau de l'horizontale ou au-dessus du niveau des épaules), avec toutefois une baisse de rendement de 20 %, eu égard aux nombreuses et importantes limitations fonctionnelles.

E. 6

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe.

b) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD a contrario).

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