

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 726 vom 18. Oktober 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__726

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 726 du 18 octobre 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 726 del 18 ottobre 2018

Regeste

AA, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, CAPACITÉ DE TRAVAIL PARTIELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ, REJET DE LA DEMANDE | 18 al. 1 LAA, 18 al. 2 LAA, 28 al. 3 OLAA

Erwägungen

E. 28

al. 3 OLAA pour calculer le taux d'invalidité. En effet, on rappellera que l'assuré s'était vu allouer une demi-rente d'invalidité par l'OAI à compter du 1^{er} février 2010 (cf. décision de l'OAI du 5 avril 2011), fondée sur un taux d'invalidité de 55% calculé par l'OAI en prenant en considération une capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité légère et sédentaire. Cette incapacité partielle de travailler était due aux atteintes à la hanche et lombaires du recourant. Celui-ci a bénéficié de cette demi-rente d'invalidité jusqu'au mois de juin 2012, date à compter de laquelle il a pu prétendre à une rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 30 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Ainsi, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité en raison d'une coxarthrose et de la lombosciatalgies, dont le versement a perduré alors que le recourant avait déjà débuté son activité au sein de Z._____ depuis près de deux ans, suffit à lui seul à retenir l'existence d'une capacité de travail restreinte par suite d'une atteinte à la santé préexistante à l'accident et à justifier l'application de l'art. 28 al. 3 OLAA. Cela est d'autant plus vrai que l'activité exercée pour le compte de Z._____ dès 2009 n'était manifestement pas une activité adaptée, car ni légère ni sédentaire, celle-ci impliquant de fréquents et nombreux déplacements à pied, jusqu'à plusieurs kilomètres par jour. En réalité, la reprise d'une telle activité, en sus de celle de courtier en assurances que le recourant a continué d'exercer selon ses dires à 80%, aurait dû conduire à la suppression de la demi-rente d'invalidité. Les déclarations ultérieures du recourant, selon lesquelles il n'effectuait qu'un stage à ses débuts au sein de Z._____, sont toutefois sujettes à caution compte tenu de la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » (ATF 121 V 45 consid. 2a et TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1). Elles n'emportent donc pas la conviction de la Cour de céans. Il n'y a ainsi pas lieu d'admettre une amélioration de l'état de santé du recourant postérieurement à sa retraite. c) Les rapports médicaux sur lesquels se fonde l'assuré pour démontrer une amélioration de son état de santé sur les plans lombaire et coxal ne permettent pas non plus d'arriver à une autre conclusion. En effet, les différentes expertises médicales figurant au dossier – dont la valeur probante doit être admise – ne traitent pas des atteintes à la hanche et au rachis lombaire, non pas parce que ces atteintes s'étaient résorbées, mais parce qu'elles n'étaient tout simplement pas l'objet de ces expertises, qui avaient été commandées par l'un ou l'autre des assureurs dans le seul but de déterminer les conséquences des atteintes consécutives à l'accident du 10 mars 2013, soit

les problématiques cervicales et le syndrome douloureux persistant touchant les membres supérieurs. En particulier, les éléments anamnésiques figurant dans ces rapports – et donc rapportés par le recourant lui-même – relatent la pose d'une prothèse de hanche, mais ne contiennent aucune indication quant aux problèmes lombaires ni au versement d'une rente d'invalidité. Il en va de même des éléments portés à la connaissance du Dr J. _____, dont le rapport du 5 mai 2017 se base principalement sur les expertises des Drs B. _____ et F. _____, ainsi que les données communiquées par l'intéressé qui mentionnent notamment des activités professionnelles soutenues sans limitation. On relèvera également que l'ensemble des rapports médicaux ayant servi de base aux conclusions des Drs B. _____, F. _____ et J. _____, sont tous postérieurs à l'accident, le plus récent d'entre eux datant du mois d'avril 2013, et concernent uniquement les problèmes cervicaux du recourant. S'il est vrai que la lettre de sortie du 15 juillet 2013 mentionne la consultation d'un neurologue en 2010 par le recourant pour un syndrome lombovertébral, le Dr V. _____ ne s'est nullement déterminé sur les éventuelles conséquences de cette atteinte sur le plan de la capacité de travail. En outre, il est faux de prétendre, comme le fait le recourant, qu'il appartenait aux médecins de creuser ce point, dans la mesure où il était du ressort de l'assuré de rendre compte d'une anamnèse personnelle la plus complète et conforme à la réalité possible. Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait tirer profit des rapports médicaux des Drs B. _____ et J. _____ pour attester une amélioration de son état de santé avant l'accident. Dans la mesure où aucune amélioration significative de ces atteintes n'est prouvée – amélioration qui, qui plus est, serait survenue dans un laps de temps compris entre le [...] 2012 (date des 65 ans de l'assuré) et le 10 mars 2013 (date de l'événement accidentel) – il convient de retenir, à l'instar de l'intimée, l'existence d'une capacité de travail réduite durablement avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée et dissociable. d) Il convient encore d'examiner si le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé S. _____ est correct. En d'autres termes, il s'agit de vérifier la comparaison du revenu que le recourant aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante. Il ressort des pièces au dossier que le recourant a effectué 940 heures de travail au service de Z. _____ durant l'année ayant précédé l'accident (cf. pièces 41 ss intimée), soit durant les mois de mars 2012 à février 2013, ce qui correspond en fait à un taux d'activité de 49.06% par rapport à un taux de travail complet. Ce taux de travail correspond d'ailleurs à la capacité de travail résiduelle du recourant retenue par l'OAI lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, cet office ayant considéré que l'intéressé était à même de travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au titre du revenu sans invalidité, il convient donc de se fonder sur le revenu que le recourant réalisait dans son activité au sein de Z. _____ à temps partiel au moment où l'accident s'est produit, adapté si nécessaire aux circonstances prévalant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA ; ATF 128 V 174). Ce montant s'élève en l'occurrence à 23'502 fr. 50 pour l'activité déployée durant la période de mars 2012 à février 2013, lequel doit être porté à 23'880 fr. 25 après indexation. Les conclusions de l'intimée sur ce point doivent être confirmées. S'agissant du revenu d'invalidité, S. _____, dans sa décision initiale du 6 juin 2017, a considéré qu'il convenait de prendre en compte une capacité de travail résiduelle de 40%, s'est fondé sur le niveau de qualification 3 de la branche assurance de l'ESS et appliqué un taux d'abattement de 15%. Le recourant, qui ne conteste pas le taux d'activité de 40%, estime pour sa part que c'est le niveau de qualification 2 qui aurait dû être retenu, compte tenu de ses difficultés de

concentration et qu'il convenait en outre d'opérer une déduction supplémentaire de 20%, de sorte que c'est un revenu avec invalidité de 29'389 fr. 95 qui doit être retenu. Même à suivre les arguments du recourant s'agissant du niveau de qualification et du taux d'abattement, l'intéressé ne subit aucun préjudice économique, dans la mesure où le revenu avec invalidité apparaît dans tous les cas supérieur au revenu sans invalidité. e) Au vu de ce qui précède, il ne peut être reproché à S. _____ d'avoir refusé au recourant le versement d'une rente d'invalidité pour les suites de son accident du 10 mars 2013. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, est rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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