

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 858 vom 19. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__858

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 858 du 19 octobre 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 858 del 19 ottobre 2020

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16 LPGA, 87 RAI

Erwägungen

E. 4

a) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant et a, compte tenu des rapports médicaux produits, fait réaliser une expertise orthopédique par le Dr S._____. Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Le Dr S._____ a pris ses conclusions de manière motivée et circonstanciée sur la base d'une anamnèse complète, d'un examen clinique détaillé, en tenant compte des plaintes du recourant et en pleine connaissance de son dossier. Il a d'ailleurs fait réaliser des imageries supplémentaires afin d'éclaircir le cas (expertise p. 2). Le recourant estime que la consultation a été brève et que l'analyse de l'expert ne correspond pas à la réalité. Il faut constater que l'entrevue médicale a tout de même duré un peu plus de 2 heures (expertise p. 1), ce qui n'est en soi pas bref. Quoi qu'il en soit, la durée de la consultation n'est, à elle seule, pas un critère suffisant pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise. Il est rappelé à cet égard que, de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Tel est le cas en l'occurrence puisque le Dr S._____ a recueilli une anamnèse détaillée, interrogeant notamment le recourant sur ses plaintes en lien avec les diverses parties du corps (expertise p. 4 à 6) et a procédé à un examen clinique complet (expertise p. 7-8). b) L'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de gonarthrose secondaire à droite [recte : gauche], d'hyperlaxité cubitale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de surdité profonde de l'oreille droite et d'hypo-acousie à gauche. Il a considéré que les différents accidents subis par l'assuré étaient désormais sans répercussion sur sa capacité de travail, de même que son hypertension artérielle, son hypercholestérolémie, son syndrome d'apnée du sommeil, son tabagisme chronique, sa probable consommation excessive d'alcool et son status post lithiase urinaire. Le Dr S._____ a ainsi retenu l'ensemble des diagnostics somatiques posés par les différents médecins ayant examiné le recourant. Sur le plan psychique, le Dr J._____ évoque en outre l'existence d'un syndrome de stress post traumatique. Ce diagnostic est toutefois considéré seulement comme possible par ce médecin, lequel n'est par ailleurs pas psychiatre. Dans son avis du 20 août 2018, le SMR écarte un éventuel syndrome post traumatique de manière convaincante, se référant à la chronologie et au fait qu'il n'est pas possible qu'une telle atteinte perdure durant 18 ans,

sans évoluer vers une modification durable de la personnalité. De manière générale, il faut relever que le dossier ne fait mention que d'une consultation psychiatrique dans le cadre du divorce (rapport du Dr J. _____), ce dont le recourant n'a pas jugé utile d'informer l'OAI qui examinait à ce moment-là sa première demande de prestations, et qu'il n'y a plus eu de suivi psychiatrique par la suite (ibidem). Le recourant ne produit d'ailleurs aucun avis médical d'un psychiatre rendant vraisemblable une éventuelle atteinte psychique. c) Le recourant estime que c'est à tort que le Dr S. _____ a considéré la plupart des atteintes comme non incapacitantes, affirmant que ces affections avaient un impact certain sur sa capacité de travail. Or, le Dr J. _____ a lui-même précisé que les facteurs de risque cardio-vasculaire n'interféraient pas sur sa capacité de travail (rapport du 23 septembre 2016). Quant au syndrome d'apnées obstructives du sommeil, celui-ci n'est considéré que comme léger et a pu être appareillé. S'agissant des éventuels problèmes d'alcoolisme du recourant, il apparaît qu'il s'agit plutôt d'excès ponctuels d'alcool, qui ont notamment mené au retrait de son permis de conduire (rapport du Dr J. _____) et qu'aucun des médecins consultés n'a fait état d'un alcoolisme pouvant interférer sur sa capacité de travail. Le recourant indique encore qu'il pourrait souffrir d'éventuelles séquelles du TCC subi en 2008. A cet égard, le Dr S. _____ a tenu compte des pertes d'ouïe touchant les deux oreilles et les a considérées comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il n'apparaît pas que le recourant présente d'autres séquelles de ce TCC, celui-ci ayant notamment indiqué au Dr S. _____ qu'il n'avait plus de vertiges (expertise p. 6). Le bilan neurologique et les imageries médicales effectués à l'époque n'avaient par ailleurs pas montré de lésion (expertise p. 5, rapport du Dr N. _____). Dans son complément de recours, le recourant fait valoir qu'il souffre d'une phobie des médecins et que celle-ci l'aurait empêché de faire investiguer ses diverses atteintes plus amplement. Si cette phobie est mentionnée dans le rapport du Dr J. _____, il faut tout de même constater que le recourant a été en mesure de se rendre régulièrement chez différents médecins, qui ont tous examiné de manière attentive ses plaintes et ont procédé aux investigations nécessaires. On peut en outre préciser qu'une éventuelle phobie des médecins ne saurait avoir une influence sur sa capacité de travail, dans la mesure où celle-ci ne s'exerce pas dans le domaine médical. d) Dans son recours, le recourant annonce avoir subi un nouvel accident en octobre 2018 et produit un certificat du Dr Y. _____, qui estime qu'en raison de cet événement, une nouvelle évaluation globale de ses atteintes à la santé est nécessaire. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 28 août 2018, si bien que les conséquences de l'accident qui s'est produit en octobre 2018 n'ont pas à être prises en compte dans le cadre du présent examen. e) Le Dr S. _____ conclut que les atteintes présentées par le recourant permettent l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Il se réfère notamment aux rapports du Dr I. _____ qui, en 2000 déjà, concluait à la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à la suite du premier accident de moto. En 2004-2005, tant la Dre L. _____ que la Dre Q. _____ estimaient la capacité de travail du recourant comme totale dans une activité adaptée, tenant compte de l'existence de lombalgies chroniques et de gonalgies post-traumatiques. Dans son rapport du 29 janvier 2018, le Dr Y. _____ fixe la capacité de travail à 50 % dans l'activité de graveur de plaquettes, mais n'indique pas pourquoi le

recourant ne bénéficie pas d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il mentionne. Quant au Dr J. _____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. Les différents médecins retiennent des limitations fonctionnelles comparables, à savoir la nécessité de pouvoir alterner les positions, de ne pas travailler en porte-à-faux, sur terrain irrégulier, accroupi ou à genoux, et d'avoir un port de charges limité à 10-15 kg. Le Dr S. _____ rajoute l'absence de saisie régulière d'objets de plus de 200 grammes avec la main droite. L'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr S. _____ apparaît tout à fait convaincante. Celui-ci retient notamment qu'il y a eu peu d'évolution par rapport à la précédente demande, que le recourant poursuit ses activités quotidiennes sans autres restrictions et qu'il n'a pas utilisé tous les traitements qui lui avaient été recommandés, comme notamment une chirurgie du syndrome du tunnel carpien et des exercices pour la colonne vertébrale. Le Dr S. _____ précise en outre que l'intensité des douleurs et les répercussions professionnelles, sociales et personnelles sont en relation avec la personnalité de l'assuré, sa passivité et son manque d'entrain (expertise p. 10), ce qui avait déjà été relevé par la Dre L. _____ en 2004, celle-ci mentionnant que la mauvaise volonté du recourant faisait obstacle à la reprise d'une activité exigible. f) Il y a ainsi lieu de conclure que le recourant bénéficie depuis juillet 2000 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ses limitations fonctionnelles sont demeurées les mêmes, si ce n'est que le Dr S. _____ a rajouté le fait d'éviter la saisie régulière avec la main droite d'objets de plus de 200 grammes. L'on peut se demander, au vu du nombre d'activités légères qui demeurent accessibles au recourant, si cette seule limitation fonctionnelle supplémentaire constitue un changement important des circonstances propre à justifier l'application des principes d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_793/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4.2). Quoiqu'il en soit, si l'on procède à une nouvelle comparaison des gains, comme l'a fait l'OAI, l'on constate que le degré d'invalidité du recourant n'ouvre dans tous les cas pas droit à une rente d'invalidité.

E. 5

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). aa) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la

personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). bb) 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, le titre 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 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

E. 6

En l'occurrence, pour calculer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est basé sur les revenus perçus par le recourant dans le cadre de l'activité qu'il a déployée jusqu'en 1999, tels qu'arrêtés dans la décision sur opposition du 19 janvier 2007, à savoir 61'599 fr. pour l'année 2003. C'est à juste titre que le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir indexé ce montant jusqu'au moment de l'ouverture éventuelle d'un droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222), qui pouvait intervenir au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations selon l'art. 29 al. 1 LAI, soit en 2017. Compte tenu de l'évolution de l'indice des salaires nominaux pour les hommes (ATF 129 V 408) entre 2003 et 2017, le revenu sans invalidité doit ainsi être fixé à 70'861 fr. 69. Quant au revenu d'invalidité, il convient de se référer à l'ESS 2016 en lieu et place de l'ESS 2000 utilisé par l'OAI. En 2016, le salaire moyen touché par un homme pour des tâches manuelles simples dans les domaines de la production et des services était de 5'340 fr. pour une semaine de 40 heures. Ce montant doit être indexé à l'année 2017 et adapté à la durée usuelle de la semaine de travail en 2017 (41,7 heures), ce qui donne un revenu annuel de 67'070 fr. 61. L'OAI a procédé à un abattement de 10 % sur ce montant en vue de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, ce qui n'est pas critiquable et n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Le revenu d'invalidité doit ainsi être fixé à 60'363 fr. 55. Le degré d'invalidité du recourant se monte dès lors à 14,81 %. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité. On peut préciser à toutes fins utiles qu'une application de l'ESS 2016 pour calculer le revenu sans invalidité ne mène pas à un résultat plus favorable au recourant, au contraire. Le revenu sans invalidité calculé sur cette base se monte à 67'070 fr. 61, si bien que le degré d'invalidité ne serait que de 10 %.

E. 7

Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 8

a) Le recours doit par conséquent être rejeté. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice

doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant 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.