

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 763 vom 1. Oktober 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2021\\_\\_763](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__763)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 763 du 1 octobre 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 763 del 1 ottobre 2021

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉTAT DE SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL},  
RENTE TEMPORAIRE, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE  
L'INVALIDITÉ | 17 LAI, 28 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), en temps utile compte tenu de la prolongation extraordinaire des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA et ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RO 2020 849), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2018.

### E. 3

a) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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 évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ;

RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

#### **E. 4**

a) En l'occurrence, l'OAI reconnaît que le recourant s'est retrouvé en totale incapacité de travailler à la suite de son accident, le 2 octobre 2014. Se basant sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA et sur les rapports psychiatriques au dossier, l'OAI considère cependant que le recourant a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, à tout le moins depuis le 30 août 2018, ce que le recourant conteste. b) Sur le plan somatique, le recourant a souffert d'une fracture de Chance de la vertèbre D12, pour laquelle une fixation percutanée D11-L1-L2 a été réalisée le 7 octobre 2014. Il a bénéficié d'un séjour de rééducation à la S. \_\_\_\_\_ au printemps 2015, qui a permis une légère amélioration de la situation. Après avoir sollicité différents avis médicaux, le recourant a décidé de faire enlever le matériel d'ostéosynthèse, opération qui a eu lieu le 25 janvier 2018, sans toutefois améliorer les douleurs. La Dre C. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final du recourant le 30 août 2018 pour le compte de la CNA. Elle a conclu que sa situation médicale était stabilisée, que son activité de ferrailleur n'était plus exigible, mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir l'interdiction de port répété et prolongé de charges de plus de 10 kg et de manière mono-manuelle, l'interdiction de position statique prolongée debout ou assise, l'alternance de la position assise et debout, l'interdiction d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux. La Cour de céans, de même que le Tribunal fédéral, ont

reconnu une pleine valeur probante à l'appréciation de la Dre C. \_\_\_\_\_ et jugé que les rapports médicaux des Drs Z. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ (notamment celui du 24 février 2019) n'étaient pas à même de remettre en cause ses conclusions (consid. 7 et 8 de l'arrêt du 20 avril 2020 en la cause AA 94/19-45/2020 ; TF 8C\_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 5 et 6). Il convient de renvoyer à ces arrêts, étant précisé qu'il n'y a eu aucune consultation spécialisée auprès d'un neuro-chirurgien ou d'un orthopédiste depuis l'examen final du 30 août 2018, de telle sorte que l'on peut en déduire l'absence de modification depuis lors. Au cours du séjour à la S. \_\_\_\_\_, les médecins ont constaté une discrète tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche à l'arthro-IRM du 2 juin 2015. Le Dr V. \_\_\_\_\_ évoque également une tendinopathie de la coiffe dans son rapport du 17 décembre 2015. Il constate toutefois que les épaules sont souples, que les signes du conflit ne sont pas clairement positifs et que tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels, à gauche comme à droite. Le recourant ne s'est d'ailleurs plus plaint de ses épaules au cours des examens suivants à la CNA, ni auprès de son médecin traitant, qui n'en fait nullement mention dans ses rapports médicaux. On ne saurait dès lors conclure à l'existence d'une incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles durables dans ce contexte. Il ressort de plusieurs pièces médicales que le recourant a souffert d'un lymphome malin en 2005, pour lequel il a dû avoir recours à des séances de radio- et chimiothérapie. Cette atteinte est toutefois en rémission depuis plusieurs années (rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2015) et le recourant n'était pas limité dans son activité professionnelle à la suite de cette affection (rapport d'examen du Dr V. \_\_\_\_\_ du 15 avril 2015 p. 2). c) Au niveau psychique, les médecins de la S. \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Un traitement par Cymbalta 60 mg a été introduit au cours de son séjour et il a bénéficié d'un suivi psychologique avec des entretiens axés sur la douleur, ses conséquences dans sa vie et les croyances qui s'y rattachent. Sur le plan thymique, il présentait une humeur variable et abaissée, avec de vagues idées noires sans idéation suicidaire. Il rapportait une perte d'appétit depuis l'accident, avec une perte de poids de 7-8 kg. Son sommeil était perturbé avec des difficultés d'endormissement et des ruminations anxieuses, et parfois des cauchemars. Dans son rapport du 21 décembre 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec perturbation des émotions et des conduites. En plus du traitement antidépresseur, un somnifère a été introduit. Comme le relève le SMR dans son avis du 21 octobre 2019 sur la base de la CIM-10, un trouble de l'adaptation débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée, ce qui nécessite la pose d'un nouveau diagnostic. Or il faut constater que le Dr M. \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de trouble de l'adaptation en décembre 2018, soit plus de quatre ans après l'accident d'octobre 2014, et sans faire mention d'un nouvel élément de vie stressant ou marquant chez le recourant, ce qui n'apparaît dès lors pas cohérent. Dans son rapport du 3 octobre 2019, le psychiatre traitant modifie le diagnostic et retient désormais un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), présent depuis octobre 2018. Cela étant, il note malgré tout, sous « constats médicaux », que le patient présente bien un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites. Une telle contradiction affaiblit d'emblée la valeur probante de son rapport médical. Selon la CIM-10, la catégorie du trouble anxieux et dépressif mixte doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic

séparé. Il ressort de la jurisprudence que les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; TF 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1). On ne saurait notamment déduire d'un trouble anxieux et dépressif mixte un degré de gravité important limitant par principe l'exercice de toute activité adaptée (TF 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.2). En l'occurrence, le Dr M. \_\_\_\_\_ observe que le recourant est calme et collaborant, que son humeur est dans un versant déprimé avec des pleurs et la présence d'idées suicidaires non scénarisées. Le recourant relate une anxiété généralisée, une baisse de l'élan vital, une anhédonie et une perturbation des émotions et des conduites, avec une importante irritabilité. Il se plaint également d'un sentiment de désespoir et d'insécurité avec une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Il décrit des troubles du sommeil avec ruminations et un réveil brutal. Il faut cependant constater que la plupart des symptômes précités ont été annoncés par le recourant, sans que le psychiatre précise les avoir observés par lui-même. Le Dr M. \_\_\_\_\_ envisage la reprise d'une activité professionnelle à 50 % au moins dans un travail adapté. Il estime toutefois que le recourant ne peut pas assumer une activité professionnelle à 100 %. Force est de constater que les limitations fonctionnelles qu'il retient ont principalement trait à la sphère somatique. Le psychiatre traitant mentionne ainsi les lombalgies et cervicalgies comme facteurs faisant obstacle à une réadaptation, en plus d'une irritabilité, d'une perte de patience et de la dépression. De même, dans les annexes à son rapport, plusieurs des limitations retenues sont dues, ou en tout cas en lien avec la problématique physique. Or, il s'agit de déterminer le caractère invalidant de l'atteinte psychique du recourant, tandis que les répercussions liées à la symptomatologie somatique ont déjà fait l'objet d'un examen détaillé par des spécialistes en la matière. Comme limitations psychiques, le Dr M. \_\_\_\_\_ évoque notamment de la nervosité, qui entraîne chez le recourant des difficultés relationnelles et l'empêche d'effectuer des tâches complexes, impliquant du stress ou une adaptation permanente. Le recourant présente des insomnies sévères, des maux de tête et subit très souvent des phases de décompensation. Le Dr M. \_\_\_\_\_ relève également une hypersensibilité au stress, qu'il met en relation avec une incertitude de l'avenir, ainsi qu'une « dépression de ne pas pouvoir travailler et subvenir à payer ses factures et autres charges ». Il ressort de ce qui précède que les symptômes psychiques présentés par le recourant sont de faible intensité. Même s'il présente des traits anxieux et dépressifs, rien ne permet de conclure que ceux-ci impactent sa capacité de travail. A cet égard, il faut relever que le suivi psychiatrique n'a lieu qu'à raison d'une fois par mois et que le traitement par Cymbalta a été interrompu en juin 2019, sans qu'il y ait eu de répercussion significative sur l'état psychique du recourant puisque son psychiatre traitant mentionne la présence de la même symptomatologie depuis la première consultation en octobre 2018. Il apparaît en outre que l'état dépressif du recourant est notamment lié à son insécurité financière et au fait de ne pas pouvoir travailler. Sous cet angle, la reprise d'une activité professionnelle paraît particulièrement appropriée. Le Dr M. \_\_\_\_\_ envisage d'ailleurs une telle reprise, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Il n'y a pas lieu, sur la base de ce qui précède, de conclure que l'atteinte psychique du recourant aurait un caractère invalidant. d) L'OAI était dès lors fondé à retenir que le recourant avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité professionnelle adaptée (pas de port répété et

prolongé de charges de plus de 10 kg et de manière mono-manuelle ; pas de position statique prolongée ou assise, mais alternance de la position assise et debout ; pas d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux) depuis au moins le 30 août 2018.

## **E. 5**

a) Le recourant doute qu'il existe des activités compatibles avec son état de santé. Comme mentionné dans le document de calcul du salaire exigible auquel se réfère l'OAI dans sa réponse au recours, on peut citer en exemple les activités de chauffeur livreur de colis légers, d'ouvrier de montage/assemblage à l'établi, d'ouvrier de conditionnement à l'établi ou d'opérateur de perçage, taraudage sur des appareils pré-réglés. En dehors de ces quelques exemples, vu le large éventail d'activités simples et légères que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques et aux compétences du recourant (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). b) Lorsqu'un 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). 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). c) En l'occurrence, l'OAI indique s'être basé sur le salaire ressortant de l'ESS 2016, niveau de compétence 1, qu'il a indexé à 2018. Il faut cependant constater que tant le salaire que les pourcentages d'indexation sur lesquels l'OAI se fonde sont erronés. Selon l'ESS 2016, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités simples du domaine de la production et des services en 2016 était de 5'340 fr. pour une semaine de 40 heures, et l'évolution des salaires nominaux entre 2016 et 2018 était respectivement de +0,4 % et +0,5 %. La semaine de travail moyenne en 2018 étant de 41,7 heures, on obtient ainsi un revenu d'invalidité de 67'405 fr. 97. L'OAI considère qu'il n'y a pas lieu de procéder à un abattement au motif que les limitations fonctionnelles sont peu importantes et facilement respectées dans les activités adaptées citées, sans porter préjudice à l'employabilité de l'assuré, ni à son potentiel de gain (cf. feuille de calcul du salaire exigible). Comparé au revenu sans invalidité de 71'294 fr. retenu par l'OAI – lequel n'est pas contesté et peut en effet être confirmé – on obtient un degré d'invalidité de 5,45 %. Cela étant, même en appliquant un taux d'abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles comme l'a fait la CNA dans son calcul, le degré d'invalidité du recourant ne lui donnerait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2018. En effet, son revenu d'invalidité serait alors de 60'665 fr. 37 et le degré d'invalidité de 14,91 %, arrondi à 15 %. De même, l'utilisation de l'ESS 2018, dont les données sont actuellement disponibles, ne modifierait pas l'issue du litige, puisque le degré d'invalidité du recourant serait respectivement de 4,95 % ou de 14,45 % selon qu'on applique ou non un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a mis fin à la rente entière d'invalidité du recourant au 30 novembre 2018, à savoir trois mois après la récupération d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée

(art. 88a al. 1 RAI).

#### **E. 6**

a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). b) Au vu du degré d'invalidité du recourant, c'est à juste titre que l'OAI ne lui a pas proposé de reclassement dans une autre profession.

#### **E. 7**

Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre 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) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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