

VD_GERICHTE ZD07.037875 vom 23. Juli 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.037875

FR: VD_GERICHTE ZD07.037875 du 23 juillet 2010

IT: VD_GERICHTE ZD07.037875 del 23 luglio 2010

Erwägungen

E. 10

décembre 2007, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il allègue que son état de santé s'est aggravé et qu'il a récemment été opéré en raison de sa hernie discale. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. Dans sa réponse du 29 janvier 2008, l'OAI conclut au rejet du recours. Interpellé par le juge instructeur, le Dr M._____, chirurgien orthopédique, confirme, dans une lettre du 9 juillet 2008, que l'assuré a été opéré le 25 juin 2007 d'une hernie discale. Il précise que ce dernier présente un syndrome lombo-vertébral, ainsi qu'une contracture musculaire paralombaire et une aréflexie rotulienne droite, accompagnés d'une certaine faiblesse musculaire à la surélévation de la jambe, et qu'il suit désormais un traitement physiothérapique. Selon ce médecin, une reprise du travail à 100 % est actuellement impensable, mais une reprise à mi-temps serait envisageable. Sont joints à cette lettre un protocole opératoire du 26 juin 2007, ainsi que deux courriers datés des 22 août 2007 et 30 mai 2008, dont il ressort que le Dr M._____ a constaté une évolution postopératoire lentement favorable, puis une réapparition des douleurs à la marche en mai 2008, et préconisé dans un premier temps une reprise du travail à 50 % à partir du 1er octobre 2007 et à 100 % dès le 5 novembre 2007.

- 6 - Egalement interpellé, le Dr I._____ a déposé sa réponse le 25 août 2008. Il en résulte que l'état de santé de son patient est stationnaire depuis 2005 et qu'il n'existe pas d'autres pathologies influant la capacité de travail. S'agissant du rachis, le médecin traitant signale une limitation des mouvements des charnières cervico-dorsales et lombo- sacrée et un status après opération de hernie discale L3-L4 droite. Sont annexés à sa réponse plusieurs documents médicaux, parmi lesquels figurent notamment un rapport établi le 5 février 2007 par les Drs [...] et [...] de l'Hôpital Riviera, ainsi qu'un rapport du 26 février 2007 de la Dresse B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le premier rapport mentionne que le recourant a été hospitalisé du 9 au 18 janvier 2007 en raison d'une pneumonie bilatérale et qu'au vu de l'évolution favorable, il a pu rentrer à domicile. Dans le second, la Dresse B._____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques et de dysbalance musculaire, tout en indiquant que l'évolution a été favorable et que l'intéressé s'estime très satisfait de la prise en charge subséquente à son hospitalisation. Dans son écriture du 16 septembre 2008, le recourant déclare avoir subi une IRM à l'hôpital de [...], selon laquelle il y aurait présomption de récurrence de sa hernie discale et un risque d'une nouvelle opération. Il mentionne en outre un problème aux yeux pour lequel il a été opéré, sans qu'il y ait eu d'amélioration. Dans ses déterminations du 10 octobre 2008, l'OAI confirme ses conclusions, étant d'avis que les nouvelles pièces médicales versées au dossier ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. Il produit un avis de son Service médical régional (ci-après: SMR) du 7 octobre 2008, auquel il se rallie, et dont il

ressort en particulier que l'opération du 25 juin 2007 n'a engendré qu'une brève période d'incapacité de travail (100 % du 25 juin au 1er octobre 2007, puis 50 % jusqu'au 5 novembre 2007) et que la possible récurrence de la hernie discale constitue un fait postérieur à la décision attaquée qui sera examinée une fois droit connu sur la présente cause.

- 7 - Dans leur échange d'écritures subséquent, les parties ont maintenu leur position. En droit : 1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA- VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente d'invalidité. a) La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 20 novembre 2007 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31

- 8 - décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Il s'ensuit que les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige. b) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. A teneur 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. En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). c) L'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoyait que l'assuré avait droit à une rente entière si son taux d'invalidité était de 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il était de 50 % au moins et à un quart de rente s'il était de 40 % au moins, sous réserve du cas pénible (al. 1bis). A la suite de l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la

- 9 - LAI (4e révision), l'échelonnement des rentes a été affiné et le droit à une rente pour cas pénible supprimé. Selon la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Le droit à la rente prend naissance, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 importe 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 de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_92/2010 du 23 juin 2010 consid. 3.1). Aussi un rapport médical ne saurait-il être écarté pour le seul motif qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans

- 10 - un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur, comme un médecin au service du SMR. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 125 V 351 consid. 3b; TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.2; TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et les références citées). 3. a) En l'espèce, les experts ont diagnostiqué, sur le plan physique, des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, ainsi qu'une petite hernie discale médiane de niveau L3-L4 sans conflit radiculaire. Ils posent ainsi le même diagnostic que le Dr I._____. Celui-ci considère que la capacité de travail exigible du recourant est très réduite dans sa profession habituelle de commerçant, tandis que les experts l'estiment nulle. Dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, le Dr I._____ indique en 2004 qu'un emploi de magasinier pourrait être envisagé à raison de quatre heures par jour, puis en 2005 qu'une activité légère assise est immédiatement exigible à un plein rendement. Les experts retiennent quant à eux que subjectivement, les douleurs lombaires basses omniprésentes entravent les activités quotidiennes et entraînent l'abandon des activités de bricolage de l'intéressé. Objectivement, ils relèvent une importante limitation de la mobilité du rachis lombaire, en particulier dans les manœuvres d'antéflexion du tronc, due aux troubles dégénératifs du rachis lombaire, respectivement aux douleurs exacerbées lors du port de charge. L'activité de magasinier préconisée dans un premier temps par le Dr I._____

n'apparaît ainsi pas adaptée à l'état de santé du recourant. Il y a donc lieu de s'en tenir aux conclusions des experts, qui rejoignent par ailleurs la dernière évaluation du médecin traitant, qui fixent la capacité de travail à 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques, à savoir sans soulèvement ou port de charges répété au-delà de 8 à 10kg, permettant

- 11 - l'alternance des positions au gré de l'assuré et sans antéflexion du tronc et/ou de port en porte-à-faux du dos. Certes, le recourant a dû subir une opération. Il résulte toutefois des rapports du Dr M. _____ que la situation postopératoire a évolué favorablement et que seule une courte période d'incapacité de travail s'en est suivie, laquelle a été totale du 25 juin au 1er octobre 2007, puis de 50% jusqu'au 5 novembre 2007. Ce n'est qu'en mai 2008, soit après que la décision attaquée a été rendue, que ce médecin signale une aggravation possible de l'état de santé du recourant, avec la réapparition des douleurs à la marche. Il en va de même s'agissant d'une éventuelle récurrence de la hernie discale. Il ne peut donc en être tenu compte dans le présent arrêt, le pouvoir d'examen de la cour de céans étant limité aux faits existant au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1). Sur le plan rhumatologique, le rapport d'expertise procède d'une étude approfondie du cas. Il a été effectué par différents spécialistes et ses conclusions sont claires et bien motivées. Il souscrit ainsi pleinement aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2d). Il y a en conséquence lieu de retenir une capacité de travail exigible entière sur le plan somatique. b) Sur le plan psychique, le Dr I. _____ diagnostique un état dépressif sans répercussions sur la capacité de travail. Les experts retiennent pour leur part un trouble anxieux et dépressif léger actuellement en rémission, également sans influence sur la capacité de travail. Le recourant soutient que l'expertise est ancienne. Toutefois, dans son rapport du 25 août 2008, le Dr I. _____ indique que l'état de santé de son patient est stationnaire depuis 2005 et qu'il n'y a pas d'autres pathologies limitant la capacité de travail. Le recourant n'a d'ailleurs produit aucun rapport médical émanant d'un psychiatre et attestant une aggravation de son état psychique.

- 12 - En conséquence, il convient de retenir une capacité de travail exigible entière sur le plan psychique. c) Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction sous la forme d'une expertise. La requête en ce sens du recourant doit dès lors être rejetée. 4. Reste encore à déterminer le taux d'invalidité du recourant. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2). Par ailleurs, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 29 al. 1 LAI; ATF 129 V 222; TF 8C_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1). Dans la mesure où le recourant a présenté en l'occurrence une incapacité de travail durable depuis le mois de mars 2004, il convient d'arrêter ici l'année de

référence à 2005. b) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré,

- 13 - le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci- après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Il convient alors de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 4'588 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (cf. ESS 2004, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41,6 heures; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52, ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24, soit de 57'830 fr. 82 après indexation en 2005 (57'258 fr. 24 + 1 %). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25 % (ATF 134 V 322 consid. 5.2). En l'espèce, l'OAI a procédé à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalide, ce qui n'apparaît pas critiquable compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à 52'047 fr. 74.

- 14 - c) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, bien qu'il soit hypothétique, la jurisprudence considère qu'il n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques de l'ESS. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle exercée par l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; TF I 294/06 du 20 avril 2007, consid. 5.3; TFA I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et les références). En l'occurrence, le recourant a mentionné un salaire mensuel de 3'200 francs. Il a toutefois travaillé à titre indépendant, puis s'est retrouvé au chômage. Selon les CI, son salaire le plus élevé a atteint 41'330 francs. Dans le mesure où il n'apparaît pas possible de chiffrer de façon précise le revenu sans invalidité du recourant, c'est à juste titre que l'OAI s'est référé aux données statistiques. Le montant à retenir s'élève ainsi à 57'830 fr. 82. Comparé au revenu avec invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 10 %, qui se calcule comme suit : $(57'830 \text{ fr. } 82 - 52'047 \text{ fr. } 74) \times 100 / 57'830 \text{ fr. } 82$ Ce taux, inférieur à

40 %, respectivement à 20 %, n'ouvre ni le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4 et les références citées).

- 15 - 5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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