

VD_GERICHTE ZD08.007490 vom 14. September 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.007490

FR: VD_GERICHTE ZD08.007490 du 14 septembre 2009

IT: VD_GERICHTE ZD08.007490 del 14 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans le délai de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée et respectant les autres exigences formelles légales, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

- 9 - La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4ème révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1er janvier 2008 est entrée en vigueur la 5ème révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

E. 3

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

- 10 - des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, est seul contestée la quotité du taux d'invalidité du recourant à partir du 1er avril 2003, E. _____ soutenant que celui-ci est de 50 % et non de 47 % comme retenu par l'OAI dans la décision attaquée, ce qui lui donnerait droit à une demi-rente au lieu d'un quart de rente.

E. 4

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit qu'un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, et de 50 % au moins à une demi- rente. Cette règle est valable pour toute la période à prendre en considération en l'espèce. Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, 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. Le recourant, né en 1950, ne paraissait pas suffisamment âgé, à la date déterminante dans cette procédure, pour qu'il y ait lieu de faire abstraction de l'exercice d'une profession dans une activité adaptée (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références). Le revenu sans invalidité de 58'173 fr. 50 et le revenu d'invalide de 41'426 fr. 40 (à 100 %), établis par l'intimé conformément à la jurisprudence et la pratique en la matière, ne sont du reste pas contestés en tant que tels par celui-ci, pas plus que le principe même de la comparaison des revenus et le calcul qui en résulte. Le recourant fait uniquement valoir que, dès le 6 décembre 2002, sa capacité de travail ne serait pas de 75 % comme retenu par l'intimé, mais de 70 % au maximum, ce qui porterait son revenu d'invalide à 28'998 fr. 50 (41'426 fr. 40 x 70 %) et son taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus à 50.15 % ($[58'173 \text{ fr. } 50 - 28'998 \text{ fr. } 50] / 58'173 \text{ fr. } 50 \times 100$).

- 11 -

E. 5

Le recourant justifie la diminution de sa capacité de travail par une baisse de rendement d'au minimum 30 pour-cent. Il conteste dès lors les conclusions du rapport d'examen clinique orthopédique effectué par le Dr K. _____, sur lesquelles se fonde principalement l'intimé, remettant en cause la valeur probante de ce document au regard de l'ensemble des circonstances du cas, telles qu'elles ressortent notamment de l'avis de ses médecins traitants ainsi que du rapport du Centre COPAI - ORIPH. En particulier, il estime que le Dr K. _____ ne justifierait pas son choix du taux de 25 % de baisse de rendement finalement retenu sur la fourchette de 25 à 30 % qu'il avait initialement fixée. a) Selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C_776/2007 du 14 août 2008; ATFA, 28 octobre 2002, I 523/02, consid. 3; ATF 125 V 351 consid. 3a).

- 12 - Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). b) En l'occurrence, le Dr K. _____ a rédigé un rapport qui contient un chapitre anamnèse détaillé. Ce rapport a été établi sur la base d'un examen clinique orthopédique complet, y compris du rachis. Ce rapport fait état d'une analyse du dossier radiologique mais cela concerne uniquement les genoux et le bassin. Il n'y a pas eu d'examen radiologique de la colonne. S'agissant de l'atteinte au genou droit, il y a lieu de considérer que ce rapport médical a une pleine valeur probante, au regard des principes posés par la jurisprudence (supra, consid. 5a). Les médecins traitants du recourant, notamment le Dr P. _____, ne présentent pas sur ce point des constatations médicales sensiblement différentes de celles des Drs K. _____, V. _____ et R. _____. En revanche, l'absence d'examen radiologique de la colonne apparaît comme une lacune du rapport du SMR (Dr K. _____). Le diagnostic mentionne un status après mise en place d'un fixateur interne pour une fracture de L1-L2. Ce médecin a donc tenu compte des séquelles de la fracture lombaire occasionnée par l'accident subi en 1989 et c'est un

- 13 - élément qui a été retenu comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, y compris sur celle exigible dans une activité adaptée. Il s'agit donc d'un élément décisif. Dans ces conditions, l'avis de l'expert du SMR ne saurait être considéré comme fondé sur des examens complets. Les exigences du droit fédéral à ce propos (selon la jurisprudence précitée) n'ont donc pas été observées et, dans cette mesure, les griefs du recourant qui reproche à l'Office AI d'avoir statué sur la base d'avis médicaux non entièrement probants, sont fondés. Cela entraîne l'admission du recours. c) Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'Office AI complète l'instruction. Un renvoi à l'assureur social, lorsqu'il a pour but d'établir les faits, ne viole pas en soi les principes de simplicité et de rapidité de la procédure (ATF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références). En l'espèce, comme il incombe au SMR de compléter l'examen médical sur un point, le renvoi de l'affaire à l'Office AI est à l'évidence la solution la plus expédiente. d) A propos de l'appréciation des éléments médicaux figurant au dossier, il convient de préciser que la Cour de céans n'a pas à se prononcer au sujet du rapport du Dr P. _____ du 10 février 2009 ni au sujet de l'avis du SMR du 12 mars suivant, en tant qu'ils traitent de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision attaquée du 6 février 2008. Ces rapports ne sont donc pas des éléments pertinents pour l'examen de la conformité au droit fédéral de la décision attaquée (ATF 129 V 4 consid. 1.2). e) Cela étant, dans l'hypothèse où après un examen médical complet, l'Office AI parviendrait à la même conclusion, on peut d'ores et déjà relever ce qui suit. Dans son appréciation du cas, s'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr K. _____ justifie la baisse de rendement, de l'ordre de 25 à 30 %, par les douleurs éprouvées par l'intéressé. Sans se contredire, il retient

finalement le taux de 25 % pour définir la baisse de rendement pour une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée.

- 14 - Ce taux de 25 % est confirmé par les autres rapports médicaux et bilans de stage d'observation professionnelle figurant au dossier. Ainsi, le rapport médical du Dr V. _____, médecin de l'assureur-accidents, du 6 décembre 2002 retient une capacité de travail de "2x3 heures par jour", soit 75 % (6 heures pour une durée de travail quotidienne moyenne de 8 heures). Le bilan de stage auprès du Centre COPAI-ORIPH du 22 octobre 2003 conclut expressément à une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 75 % de rendement, comme le reconnaît d'ailleurs le recourant; la Dresse R. _____, médecin du Centre, admet quant à elle une capacité de travail avec une baisse de rendement de 25 à 30 pour-cent. Le bilan de stage du 4 février 2005 fait état d'un rendement de 75 % pour une activité à mi-temps. En revanche, les Drs P. _____ et T. _____, médecins traitants du recourant, évaluent différemment la capacité de travail, dont ils fixent le taux à 50 pour-cent. Force est néanmoins de constater que les rapports et certificats médicaux du Dr T. _____ sont succincts et n'exposent pas les raisons l'amenant à conclure au taux précité; quant aux rapports du Dr P. _____, bien que plus étayés, ils ne présentent pas de constatations médicales différentes des avis des médecins cités plus haut. f) En résumé, il se justifie d'admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il charge le SMR de procéder à un examen plus complet du problème rachidien, ou pour qu'il désigne éventuellement lui-même un expert médical. Sur la base des éventuels nouveaux éléments médicaux, l'évaluation du rendement ou de la capacité de travail dans une activité adaptée fera l'objet d'une nouvelle décision, qui pourra le cas échéant être contestée devant le Tribunal cantonal.

E. 6

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Obtenant en partie gain de cause, le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens, dont le montant doit être fixé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige; cette

- 15 - indemnité sera mise à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

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