

VD_GERICHTE ZD08.010582 vom 24. September 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.010582

FR: VD_GERICHTE ZD08.010582 du 24 septembre 2009

IT: VD_GERICHTE ZD08.010582 del 24 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé 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 à la forme. b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA- VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. 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). c) La demande de prestations AI, a été déposée le 15 mai 2003, la décision entreprise rendue le 7 mars 2008 et le recours tend à l'octroi d'une rente dès le 1er juin 2003.

- 14 - La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 7 mars 2008. Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

E. 2

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 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).

- 15 - Seule est litigieuse la question de savoir quelle est la capacité de travail du recourant et partant, s'il présente une invalidité qui atteint le taux minimum ouvrant le droit à une rente, dans l'affirmative de quel taux; aucune mesure professionnelle n'est en cause au vu tant des conclusions du recours que de l'objet de la décision initiale, que n'a pas étendu la décision sur opposition.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 1 LPGA). On entend par 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon diverses méthodes entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations. La méthode ordinaire de comparaison des revenus prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide) (art. 16 LPGA).

E. 4

a) La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler (ATF 114 V 310, consid. 3c; TF 9C_298/2007 du 5 juin 2008, consid. 3.1). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore

- 16 - raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, TFA U 460/05 du 1er décembre 2006, consid. 3.3). b) En l'espèce, le Dr X. _____ a à plusieurs reprises écrit que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée. Or, ce praticien est celui qui a effectué la greffe du nerf sciatique que le recourant a dû subir. Son avis est donc tout à fait autorisé. En outre, il est conforté non seulement par le SMR mais encore et surtout par la CNA et le Dr Z. _____. Ces avis sont motivés et convaincants. Il n'y a donc pas lieu de procéder à une expertise puisque la documentation médicale figurant au dossier est suffisante pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Certes, le médecin traitant du recourant émet un avis quelque peu divergent, estimant le rendement du recourant abaissé à cinq ou six heures par jour. Mais d'une part, contrairement au Dr X. _____, ce médecin n'est pas un spécialiste et d'autre part, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351). Quant au rapport de la Dresse C. _____, il n'est pas motivé; il ne peut donc être retenu. En outre, on peut exiger du recourant, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, qu'il porte un bas de contention. Force est donc de

constater que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant est entière.

E. 5

Reste donc à déterminer le taux d'invalidité du recourant. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans l'arrêt publié aux ATF

- 17 - 126 V 288, la jurisprudence relative à la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale a été précisée. Le Tribunal fédéral a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans ces différentes branches, ainsi que son effet de coordination dans l'évaluation de l'invalidité. En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Toutefois, il convient de s'écarter d'une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un autre assureur lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 468 consid. 2b), lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 174 consid. 2a), se fonde sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ou lorsqu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288; TFA U 222/03 du 19 juillet 2004 consid. 5.2).

E. 6

a) Selon la jurisprudence constante, pour la détermination du revenu sans invalidité, il y a lieu, en principe, de se fonder sur les statistiques des salaires de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), notamment en l'absence de reprise d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/bb et les références citées; ATF 129 V 472). Les

- 18 - activités légères correspondant au handicap de l'assuré existent en nombre suffisant sur le marché du travail équilibré, qui offre un large éventail de possibilités. En outre, la jurisprudence du TFA admet le recours au DPT (sur la base d'une banque de données constituées à l'origine par la CNA), à la condition toutefois que celles-ci soient au nombre de cinq au moins (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). La CNA a déterminé un taux d'invalidité de 24 %. Elle s'est fondée sur le salaire qu'aurait réalisé le recourant chez son dernier employeur en 2006 et sur les DPT. A cet égard, les cinq DPT fournies correspondent aux limitations fonctionnelles du recourant et les calculs effectués par la CNA sont exacts. L'OAI s'est fondé sur l'ESS 2003, année de l'ouverture du droit à la rente. Cette année-là, le recourant aurait gagné 61'925 fr. chez son ancien employeur. L'ESS dégage un revenu de 57'806 fr. 18, après les adaptations de l'horaire de travail et du renchérissement, soit un taux

d'invalidité de 16 %. Vérifiés d'office, ces calculs peuvent être confirmés. Ce taux de 16 % n'ouvre pas le droit à une rente. Il n'y a pas en l'espèce d'objection sur le plan de la coordination que doivent avoir en principe les assureurs sociaux dès lors que les années de comparaison et les bases de calcul sont différentes et qu'aucune méthode ne prête le flanc à la critique. Au demeurant, peu importe puisqu'on est loin d'un taux donnant droit à une rente puisque, que l'on retienne un degré d'invalidité de 16 % ou de 24 %, le droit du recourant à une rente n'est pas ouvert.

E. 7

En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

- 19 - Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 49 LPA-VD). En outre, il n'est pas alloué de dépens.

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