

## **VD\_GERICHTE ZD08.011938 vom 14. Juli 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-07-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.011938](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.011938)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.011938 du 14 juillet 2009

IT: VD\_GERICHTE ZD08.011938 del 14 luglio 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 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, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

#### **E. 2**

Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI.

- 10 - En substance, le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de son état dépressif, existant depuis 2003, pour lequel il est sous traitement et qui l'empêche à lui seul d'exercer toute activité professionnelle. Il estime que le dossier ne contient par d'avis psychiatrique déterminant et demande par conséquent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Pour sa part, l'OAI est d'avis que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations orthopédiques, les troubles psychiatriques dont fait état le recourant n'étant, à son avis, pas invalidants au sens de l'AI.

#### **E. 3**

a) 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. En vertu 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. D'après 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une

demi-rente s'il est invalide

- 11 - à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2). Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA ; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; TF 9C\_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3). En outre, l'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et

- 12 - du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TFA I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.2). d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit

à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). e) Une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être ordonnée, en principe, que lorsque la partie qui la requiert fournit des éléments très sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées,

- 13 - ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire, notamment s'il peut être sérieusement discuté quant au fond (cf. les principes posés par TASS VD 64/79 inc. – 5/1980 du 6 février 1980 ; TASS VD 33/82 inc. – 48/1982 du 14 septembre 1982). Des rapports médicaux ne doivent pas être complétés pour le seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils soient contestés sur des points précis (TFA I 178/05 du 2 septembre 2005, ad TASS VD AI 80/03 du 9 août 2004). Il en va de même si un ou plusieurs médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_480/2008 du 27 janvier 2009).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de polisseur, compte tenu du status après fracture de l'olécrane et du trochin de l'épaule gauche provoquée par l'accident de vélo survenu le 20 août 2005. En effet, tous les rapports médicaux au dossier s'accordent sur ce point, qui est d'ailleurs reconnu par l'OAI dans sa décision litigieuse. Reste donc à examiner la question de savoir s'il peut être exigé du recourant qu'il exerce une autre activité, adaptée à ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan somatique que psychiatrique. b) Du point de vue somatique, il convient premièrement de relever que le recourant ne conteste pas la capacité de travail entière retenue par l'OAI dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation se fonde essentiellement sur l'avis du SMR et de la Dresse G.\_\_\_\_\_, qui retiennent une pleine capacité de travail exigible dans une activité sans abduction-antépulsion ni force répétitive du membre supérieur gauche, ou port de charges répétitifs de plus de 5kg. Leurs conclusions sont corroborées par celles du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a en outre proposé de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, toujours gênant au niveau de la pointe du coude, ce que

- 14 - le recourant a toutefois refusé, ne désirant plus subir d'intervention chirurgicale. Elles s'opposent en revanche à celles du Dr V.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 7 avril 2008 retient une capacité de travail résiduelle de 50% compte tenu des limitations orthopédiques. Or, cette affirmation n'est nullement étayée et ne saurait l'emporter sur les conclusions claires et motivées du SMR et des médecins de l'assurance-accidents, qui ont pleine valeur probante. En outre, il y a lieu de rappeler que les constatations des médecins traitant doivent être admises avec réserve, compte tenu du lien particulier qui les unit à leurs patients (cf. supra, consid. 3d). De surcroît, en suggérant l'exercice d'une activité de bureau ménageant le membre supérieur gauche (cf. rapport du 20 octobre 2007), le Dr V.\_\_\_\_\_ rejoint de ce fait les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites par la Dresse G.\_\_\_\_\_. Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée. Cela étant, il y a dès lors lieu de retenir, au vu de l'ensemble des rapports médicaux, que le recourant présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) Sur le plan psychiatrique, le recourant soutient souffrir d'un état dépressif depuis 2003, qui a

justifié à lui seul sa demande de prestations de l'AI et l'empêche d'exercer toute activité professionnelle quelle qu'elle soit. L'OAI privilégie quant à lui l'avis du SMR, qui considère que les troubles psychiques dont souffre l'assuré ne sont pas invalidants au sens de l'AI. Le premier diagnostic psychiatrique a été posé par le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 octobre 2005. A ce stade, le médecin traitant a toutefois estimé que, si la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable dans l'immédiat, elle dépendait uniquement de la guérison des lésions traumatiques. Cet avis rejoint celui du Dr V. \_\_\_\_\_, qui retient des limitations fonctionnelles essentiellement liées aux problèmes gléno-huméraux et omo-thoraciques gauches (cf. rapport du 29 novembre 2005).

- 15 - Selon le Dr N. \_\_\_\_\_, le recourant présente un trouble anxieux et dépressif mixte, développé suite à son licenciement en septembre 2003. Bien que le praticien constate un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, il ne note aucun élément floride de la lignée psychotique et ne juge pas nécessaire de prescrire un traitement. Il renonce par ailleurs à se prononcer sur la capacité de travail exigible, n'ayant pas rencontré l'intéressé depuis plus d'un an, soit depuis le 20 avril 2005. Quant aux médecins du Centre de psychiatrie T. \_\_\_\_\_, ils retiennent les diagnostics d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique, depuis mars 2005, sans toutefois en tenir compte dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, qu'ils fixent à environ 50% sur la base des seuls problèmes orthopédiques. C'est donc à juste titre que le SMR conclut, dans son avis du 25 février 2008, que la pathologie psychiatrique reconnue par les médecins du Centre de psychiatrie T. \_\_\_\_\_ n'affecte pas la capacité de travail de l'assuré. Force est donc de constater qu'aucun médecin n'atteste une quelconque limitation de la capacité de travail en raison de troubles psychiques, hormis le Dr H. \_\_\_\_\_, qui n'est toutefois pas psychiatre et ne se prononce par ailleurs pas clairement sur les répercussions de ces troubles sur la capacité de travail de son patient. Au demeurant, celui-ci n'a pas consulté de psychiatre avant le printemps 2005, ce qu'il n'a fait qu'à deux reprises avant d'être suivi au Centre de psychiatrie T. \_\_\_\_\_ à partir d'octobre 2006, soit plus d'une année après. Il n'a ensuite revu le Dr N. \_\_\_\_\_ qu'en juillet 2008. Enfin, il y a lieu de relever que les Drs H. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ font davantage état de la situation sociale dans laquelle se trouve leur patient, en particulier de la difficulté de retrouver une place de travail compte tenu de son âge et de son manque de compétences professionnelles, facteurs ne pouvant être pris en compte dans l'évaluation de l'invalidité (cf. supra, consid. 3c). Cela étant, dans la mesure où les éléments au dossier permettent à la présente Cour de statuer en pleine connaissance de

- 16 - cause, à savoir notamment l'avis d'un psychiatre traitant, le Dr N. \_\_\_\_\_, et l'appréciation du Centre de psychiatrie T. \_\_\_\_\_, ainsi que du SMR, qui sont clairs et dont les conclusions sont motivées et convaincantes, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, telle que requise par le recourant, ne se justifie pas. d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, conformément à la décision litigieuse, que le recourant ne souffre d'aucune atteinte invalidante à sa santé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

## **E. 5**

S'agissant du calcul économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat, dès lors qu'elle s'articule de la manière suivante : a) Revenu sans invalidité Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué 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 8C\_641/2008 du 14 avril 2009, consid. 7.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles. In casu, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité du recourant à 50'400 fr. (4'200 fr. x 12) en se référant au rapport de l'employeur du 5 février 2006. Ce montant, qui répond aux conditions posées par la jurisprudence exposée ci-dessus, est exact et doit être confirmé.

- 17 - b) Revenu avec invalidité 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, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage. Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, 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. 28 al. 1 let. b et c LAI ; ATF 129 V 222 ; TF 8C\_288/2008 du 26 novembre 2008, consid. 3.5). Dans la mesure où, in casu, l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le 20 août 2005, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2006. 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 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire

- 18 - inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; cf. La vie économique 10/2008, p. 94, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11, ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 32. 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 supérieure à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Dans le cas présent, l'abattement de 15% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalide est approprié, dès lors qu'il prend en compte les limitations fonctionnelles et l'âge du recourant. Le revenu annuel avec

invalidité est par conséquent de 50'317 fr. 72. c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 0,16%, qui se calcule comme suit:  $(50'400 \text{ fr.} - 50'317 \text{ fr. } 72) \times 100 / 50'400 \text{ fr.}$  Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 6**

En définitive, le recours se révèle mal fondé. Il doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

#### **E. 7**

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires

- 19 - 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.