

VD_GERICHTE ZD08.036626 vom 27. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.036626

FR: VD_GERICHTE ZD08.036626 du 27 janvier 2011

IT: VD_GERICHTE ZD08.036626 del 27 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

- 12 - b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c 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). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

E. 2

Est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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. L'assuré a droit à une rente s'il

- 13 - est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 14 -

E. 3

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé soutient en effet, en s'appuyant sur les rapports de la Dresse V. _____ et du COPAI que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports de la CNA et du SMR, que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de se déterminer sur l'éventuel octroi de mesures d'ordre professionnel, l'assuré n'ayant pas pris de conclusion dans ce sens. a) Sur le plan de la distorsion acromio-claviculaire, la Dresse L. _____ a constaté qu'elle évoluait favorablement (rapport du 9 octobre 2003), le Dr H. _____ relevant que la laxité résiduelle de l'acromio-claviculaire était légère sans limitation articulaire de l'épaule (rapport du 10 juin 2004). Les douleurs évoquées par l'assuré au niveau de l'avant-bras droit n'ont pas permis d'objectiver d'altérations supplémentaires expliquant les difficultés décrites par l'intéressé par rapport à l'examen neurologique pratiqué par le Dr J. _____ en date du 24 juin 2003. L'examen EMG de contrôle effectué à cette occasion pour des séquelles d'une paralysie radiale droite datant de l'accident du 24 février 1989, a mis en évidence un déficit fonctionnel modéré des extenseurs de la main et des doigts comparable à celui effectué en 1991 (rapport du 26 janvier 2004 adressé au Dr B. _____). En réalité, l'assuré s'est essentiellement plaint de douleurs à la fesse et à la jambe gauches. Dans un rapport médical du 5 décembre 2003, le Dr B. _____, médecin traitant de l'assuré, a estimé que la reprise de l'ancienne activité d'employé dans une fabrique de terre cuite n'était pas exigible et a

évoqué la possibilité d'une activité sédentaire à temps partiel, excluant la contribution du bras droit pour des activités de force et permettant des changements fréquents de position sans station debout prolongée. La Dresse L._____ a constaté une hypotrophie

- 15 - fessière gauche assez marquée, mais la cicatrice était calme sans zones inflammatoires, toute la zone cicatricielle étant cependant hypoesthésique. Au vu de ces éléments, elle a considéré que l'incapacité de travail de l'intéressé était totale dans son ancienne activité, une reprise partielle dans une activité légère devant être cependant possible dans le futur, à un taux qui serait à apprécier selon le résultat de l'essai thérapeutique auprès de l'employeur de l'assuré. Des limitations étaient en outre mises en évidence pour la position assise prolongée ou pour les activités nécessitant la position à genoux ou l'antéflexion du tronc (rapport du 9 octobre 2003). Le Dr H._____ a certes constaté une amyotrophie significative de la fesse gauche, ce qui n'était cependant pas le cas pour la cuisse ou le mollet. En outre, les signes de périarthrite de la hanche gauche étaient sans traduction sur l'amplitude articulaire qui est assez bien conservée. Concernant l'exigibilité, il a estimé que l'assuré pourrait vraisemblablement retrouver une capacité de travail entière dans un travail léger effectué principalement en position debout et permettant de courts déplacements avec possibilité d'introduction de pauses et de courts moments en position assise (ne dépassant pas 10 minutes d'affilée) (rapport du 10 juin 2004). Le Dr M._____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr H._____ étayées par un examen clinique et par-clinique détaillé (rapport du 31 mars 2005). Le 13 janvier 2005, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous forme d'une cure d'éventration avec apposition d'un filet de Mersilène en sublay. Dans son rapport du 14 juin 2005, le Dr S._____ a rappelé que selon un rapport intermédiaire du 19 mai 2005, l'assuré avait été jugé apte à reprendre le travail le 26 mai 2005. L'assuré était encore gêné par la persistance d'un séro-hématome, qui à la longue devait se résorber. Ce praticien a en outre estimé que la situation était globalement superposable à celle décrite un an plus tôt sur le plan des lésions de la fesse gauche et de l'articulation acromio-claviculaire droite. Excluant toute reprise du travail dans l'ancienne activité, il a estimé qu'il était hautement souhaitable que l'assuré puisse trouver une occupation dans un travail léger lui permettant de surmonter ses difficultés

- 16 - psychosociales et probablement de diminuer sa consommation médicamenteuse. Sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens a ainsi exclu la reprise de l'activité habituelle de chef d'équipe dans une fabrique de terre cuite et a reconnu que le recourant présentait des douleurs essentiellement au niveau de la cuisse et de la jambe gauche.

E. 4

a) La principale divergence concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles. Sur ce point, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 10 juin 2004 du Dr H._____ qui a procédé à l'examen médical de l'assuré. Ce praticien a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique et tenu compte des derniers éléments du dossier. Ce praticien a pu observer des signes de non-organicité selon Waddel (3/5) chez un assuré paraissant assez fixé sur sa douleur et le faisant parfois de façon légèrement ostentatoire et insistante. Le Dr H._____ a ainsi pu constater que le périmètre de la cuisse était de 54.5 cm à gauche et de 54 cm à droite, alors que le périmètre maximal du mollet était de 44 cm à gauche et de 43.5 cm à droite, concluant dès lors à l'absence d'amyotrophie de la cuisse et du mollet. Pour sa part, la Dresse L._____ a évoqué quelques symptômes d'amplification chez cet

assuré (rapport du

E. 9

octobre 2003). b) Le recourant nie la valeur probante de l'avis médical du Dr H. _____ au motif que dans son rapport du 30 novembre 2004, le COPAI a retenu qu'au niveau des rendements mesurés et du temps de présence dans les ateliers, le taux de rendement exigible était inférieur à 30 % avec une présence diminuée à la mi-journée. L'équipe d'observation du COPAI a ainsi constaté que l'assuré était indéniablement limité au niveau du membre inférieur gauche et du bras droit chez un droitier. Confronté à des travaux et des postes prenant en compte toutes les contre-indications émises par les différents médecins, l'assuré n'a pas été

- 17 - en mesure d'assumer son stage avec une présence en atelier sur toute la journée. En effet, dès la deuxième semaine, il n'a été présent que le matin, avec un jour d'absence la première semaine et deux la dernière semaine de la mesure. Malgré sa présence à la mi-journée, il a été constaté des rendements en diminution sur la durée avec des prestations manquant de fiabilité en fin de matinée et passant en dessous de 30 % au fil des jours. Ils ont précisé que l'assuré démontrait trop de limitations physiques pour être actif dans le milieu économique, ceci même à temps partiel tout en préconisant une activité occupationnelle quelques heures par jour. Dans ce cadre, l'assuré a confirmé que son inconfort positionnel constituait son principal empêchement de se réinsérer. Ce rapport se basait également sur les conclusions de la Dresse V. _____, médecin consultant au COPAI faisant état d'un handicap important chez l'assuré, incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. c) En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une

- 18 - situation médicale controversée (TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). d) Par conséquent, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé. En effet, sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités manuelles légères et simples, effectuées principalement en position debout et permettant de courts déplacements avec possibilité d'introduction de

pauses et de courts moments en position assise (ne dépassant pas 10 minutes d'affilée). Il sied encore de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées). Cela étant, la Cour de céans constate que le dossier en l'état ne permet pas de se déterminer en toute connaissance de cause. Ainsi, les conclusions du Dr H. _____ contenues dans son rapport du 16 juin 2004 ne sont absolument pas claires, puisqu'il a estimé que l'assuré "pourrait vraisemblablement retrouver une capacité de travail entière dans un travail léger", mais n'a donné aucune indication s'agissant du début de la capacité de travail de l'intéressé, le processus de reclassement par les soins de l'AI devant au préalable être relancé. A cela s'ajoute le fait que le Dr M. _____, dont l'avis a été requis après l'intervention subie par le recourant en date du 13 janvier 2005, ne s'est absolument pas déterminé ni sur la capacité de travail de l'assuré suite à cette opération, ni sur la date d'une reprise éventuelle d'activité, alors que l'assuré avait déjà suivi son stage d'observation professionnelle. Pour sa part, le Dr S. _____ a indiqué qu'il avait convoqué l'intéressé afin de faire le point, l'assuré ayant été jugé apte à reprendre le travail le 26 mai 2005 selon un rapport

- 19 - intermédiaire du 19 mai 2005. A l'issue de l'examen clinique de l'assuré, le Dr S. _____, également médecin à la CNA, a préconisé tout au plus une activité de type occupationnel, à l'instar de la Dresse L. _____, sans indiquer les motifs pour lesquels il ne confirmait pas la reprise du travail dans une activité adaptée. On doit dès lors admettre que les rapports des Drs H. _____ et M. _____ divergent par rapport à ceux des Drs P. _____ et S. _____, quant au type d'activité exigible, aucun des praticiens précités ne s'étant par ailleurs clairement et précisément prononcé à propos de la date à partir de laquelle le recourant aurait présenté une capacité de travail à raison de ses affections physiques. Dans ce contexte, on peine à comprendre sur quels critères s'est basé l'intimé pour justifier une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès le 3 juin 2003, alors que l'ensemble des médecins consultés à l'époque ont estimé que la situation n'était pas stabilisée pour juger de la capacité de travail de l'assuré (rapport du Dr H. _____ du 28 avril 2003; de la Clinique D. _____ du 19 août 2003 et du Dr L. _____ du 9 octobre 2003). 5. Il incombera par conséquent à l'intimé, à qui la cause doit être renvoyée, de déterminer le type d'activité exigible et le début de la capacité de travail par les moyens qu'il jugera idoines. Il convient dès lors d'admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer au considérant 4d, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision. Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

- 20 -