

VD_GERICHTE ZD10.014606 vom 6. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.014606

FR: VD_GERICHTE ZD10.014606 du 6 juillet 2015

IT: VD_GERICHTE ZD10.014606 del 6 luglio 2015

Erwägungen

E. 4

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7

- 56 - LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme 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 (cf. art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 ; cf. anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI).

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; cf. TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de

- 57 - 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 ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 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 (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

- 58 -

E. 6

a) Sur le plan psychiatrique, les Drs OO. _____ et PP. _____ ont posé le diagnostic incapacitant de trouble somatoforme sans précision (cf. rapport d'expertise du 25 février 2008 p. 8). Les experts du Centre II. _____ n'ont quant à eux pas retenu ce diagnostic, considérant qu'il existait un substrat somatique neurologique bien présent. Les experts ont en outre relevé qu'il n'existait aucun signe de non organicité selon Waddell, bien que ces derniers aient été scrupuleusement recherchés. Ils ont uniquement posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 pp. 24 s., 26 et 27). Le recourant n'est d'ailleurs pas suivi par un psychiatre. Aucun trouble psychique invalidant ne doit dès lors être retenu. b) Sur le plan somatique, les experts du Centre II. _____, dans leur rapport d'expertise du 21 octobre 2009 (p. 27), ont posé le diagnostic ayant des répercussion sur la capacité de travail de plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche d'origine vraisemblablement iatrogène dans les suites d'une infiltration anesthésique lors d'un bloc axillaire, confirmant ainsi le diagnostic posé par le Dr O. _____ (cf. rapports des 26 août 2005, 13 décembre 2007 et 13 février 2008) et, après lui, par le Prof. VV. _____ et les Drs WW. _____ et XX. _____ (cf. rapport du 30 mars 2007) ainsi que par les Drs AA. _____ (cf. rapport du 8 avril 2008, ZZ. _____ (cf. rapport du 29 août 2008) et

AAA. _____ (cf. rapports des 10 et 24 février 2009) notamment. De même, le Prof. HHH. _____ a posé un diagnostic similaire (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 3). Ce diagnostic n'est d'ailleurs – et à juste titre – pas mis en cause par le recourant. S'agissant de la capacité de travail, les experts du Centre II. _____ ont estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité de manutentionnaire mais que, dans une activité mono-

- 59 - manuelle droite, il pouvait travailler à 50% pour tenir compte de ses douleurs et des médicaments qu'il devait prendre. Sur le plan de l'efficacité, ils ont considéré préférable de retenir une capacité pleine avec une diminution de rendement à 50% (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 p. 26 et 28 s.). Pour estimer cette capacité de travail, les experts se sont fondés sur l'examen du dossier ainsi que sur les examens clinique et complémentaire qu'ils ont effectués. Le Prof. HHH. _____ a quant à lui estimé que les troubles présentés par le recourant réduisaient certainement les possibilités d'activités professionnelles sans toutefois l'en empêcher complètement, selon la nature de l'activité. Il a estimé qu'un taux de réduction de travail de plus de 50% paraissait tout à fait réaliste en raison de la lésion du plexus brachial gauche qui entraînait des douleurs chroniques limitant clairement toute activité professionnelle ou non professionnelle, cette réduction de travail d'au moins 50% et vraisemblablement de 60-70% étant à considérer depuis les suites opératoires du 22 septembre 2004. Après avoir exposé qu'il devait exister des activités professionnelles adaptées à « l'infirmité » du recourant, mais qui devraient justifier une réorientation professionnelle totale avec une nouvelle formation, le Prof. HHH. _____ a estimé que compte tenu des douleurs qui survenaient à tout moment, et selon les mouvements volontaires ou involontaires du recourant, ce taux de capacité au travail ne pourrait vraisemblablement pas dépasser 40% (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 5). L'appréciation de la capacité de travail par l'expert HHH. _____ n'est ainsi pas très claire ou quelque peu imprécise puisque ce médecin mentionne à la fois une incapacité de travail d'au moins 50% tout en retenant finalement un taux inférieur. En outre, il n'explique pas pour quelles raisons il se distancie de l'appréciation des experts du Centre II. _____. Il ne mentionne pas d'aggravation de l'état de santé du recourant, estimant au contraire que cette capacité de travail est la même depuis le 22 septembre 2004. Au regard de ces carences, la Cour de céans ne voit dès lors pas de motifs de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail telle qu'effectuée par les experts du Centre II. _____. Attendu en

- 60 - outre que les douleurs ressenties par l'assuré peuvent survenir à tout moment, que les mouvements soient volontaires ou non, il apparaît mieux correspondre aux possibilités du recourant de retenir une diminution de rendement de 50% sur un taux de 100% plutôt qu'un taux de 50% sans diminution de rendement. Quant aux autres rapports médicaux, comme le relève le SMR (cf. avis médical des Drs QQ. _____ et CCC. _____ du 1er mars 2010), ils ne mettent pas en doute l'appréciation du Centre II. _____ dans la mesure où ils n'expliquent pas les motifs pour lesquels ils s'en écartent. Force est dès lors de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100% avec un rendement réduit à 50%.

E. 7

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus

et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidité a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (cf. ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer

- 61 - l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main- d'œuvre (cf. Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2, 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 ; cf. TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; cf. Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (cf. TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Sur le marché du travail entrant en considération pour le recourant, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des

- 62 - deux mains, partant qui sont adaptées à son état de santé. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques (cf. TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et références citées). c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6

décembre 2007 consid. 3.3.2.1). En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la base des informations données par l'employeur le 26 novembre 2009, à savoir 67'650 fr. ($\{4'950 \text{ fr.} \times 13\} + \{250 \text{ fr.} \times 12\} + 300 \text{ fr.}$). Ce montant n'est à juste titre pas contesté par le recourant. d) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou

- 63 - valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182). aa) En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4, soit déjà au niveau salarial le plus bas. Ce revenu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4'806 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2008, 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 2008 (41,6 heures [La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2]), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. 24 ($4'806 \text{ fr.} \times 41,6 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 59'978 fr. 88. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (2009 : + 2.1% [La Vie économique, 10-2011, p. 99, tableau B 10.2]), on obtient un revenu annuel de 61'238 fr. 44 dont le 50% est égal à 30'619 fr. 22. bb) Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (cf. TF 9C_40/2011 du 1er

- 64 - avril 2011 consid. 2.3.1, 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1, 9C__980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2, 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3, 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un

abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (cf. TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Dans le cas présent, les experts estiment que le recourant, droitier, est apte à travailler à 100% dans une activité mono-manuelle droite mais avec un rendement réduit à cause des douleurs ressenties dans le membre supérieur gauche et des médicaments. Il n'est en revanche pas tenu compte du fait qu'il est plus difficile de trouver un emploi dans une activité mono-manuelle et que le recourant sera désavantagé sur le plan salarial. Compte tenu de ces circonstances, un abattement de 15% apparaît justifié, le taux de 10% retenu par l'OAI étant insuffisant.

- 65 - cc) Le salaire sans invalidité est ainsi de 26'026 fr. 34 (30'619 fr. 22 – [30'619 fr. 22 x 15%]). e) La perte de gain est dès lors de 61,53% ($\frac{67'650 \text{ fr.} - 26'026 \text{ fr.} 34}{67'650 \text{ fr.}}$). Le recourant a ainsi droit à un trois-quart de rente.

E. 8

Le dossier étant complet, il n'y a pas lieu d'ordonner les compléments d'instruction requis par le recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 9

a) En conséquence, dans la mesure où il est recevable, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 17 mars 2010 par l'OAI réformée en ce sens que le recourant a droit à un trois-quart de rente dès le 1er septembre 2009. b) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens partiels dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA§ [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens partiels à 1'500 fr., à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, celle-ci ayant été accordée au recourant avec effet au 13 février 2015. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

- 66 - Les frais de justice, par 400 fr., sont mis par moitié à la charge du recourant et par moitié à celle de l'OAI (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; cf. art. 49 al. 1 et 51 al. 1 LPA-VD).

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