

VD_GERICHTE ZD10.015317 vom 16. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.015317

FR: VD_GERICHTE ZD10.015317 du 16 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZD10.015317 del 16 giugno 2014

Erwägungen

E. 22

p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 5.

- 32 - 5.1 In casu, l'on s'étonnera préalablement de l'absence de toute information versée au dossier de l'intimé en lien avec l'accident du 15 mai 2006, en dépit de la production de l'expertise réalisée le 29 octobre 2008 par le Dr C._____, mentionnant pourtant expressément cet accident dans le contexte de son mandat. L'on ignore en conséquence si et dans quelle mesure l'assuré souffre de séquelles physiques de cet accident. L'on retiendra toutefois les renseignements communiqués par le spécialiste précité qui a indiqué que les médecins somaticiens n'avaient préconisé aucune incapacité de travail pour des motifs organiques au-delà du 31 décembre 2006. En outre, ainsi que l'a appris le Dr G._____, le recourant est atteint d'une sévère pathologie physique – une colite ulcéreuse – sur laquelle l'OAI n'a pas été renseigné. Il convient à cet égard de prendre en considération les résultats des investigations du Dr G._____ auprès du Dr P._____, lequel n'a prononcé que des incapacités de travail de courte durée en lien avec cette problématique. Indépendamment de ces éléments d'ordre somatique, force est de souligner que le dossier de l'intimé s'avérait incomplet également du point de vue psychique, soit eu égard à la pathologie principale susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré. En effet, il y a lieu d'observer que l'OAI disposait de deux rapports d'expertise psychiatrique aux conclusions opposées en termes de diagnostics retenus, d'évaluation de la capacité de travail et – dans une moindre mesure – de description des limitations fonctionnelles. Les rapports des Drs C._____ et W._____, établis à quelques mois d'intervalle, font état d'éléments divergents, le premier préconisant une incapacité de travail substantielle de « 70% au moins », le second une capacité de travail entière pour autant que soit respectée une liste imposante de limitations fonctionnelles.

- 33 - L'OAI ne pouvait dès lors se rallier, sans autres investigations ou éclaircissements, à l'appréciation globale sommaire du SMR du 3 juillet 2009 pour rendre la décision litigieuse. Partant, il ne fait pas de doute qu'une expertise supplémentaire s'imposait, ainsi que le requérait d'ailleurs l'assuré aux termes de son écriture de recours du 11 mai 2010. Se conformant à la jurisprudence fédérale rappelée supra, la Cour de céans a dès lors mis en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, mandatant le Dr G._____ en date du 21 septembre 2011. 5.2 Le rapport de ce dernier, établi le 12 mai 2012 et complété le 6 mai

2013, remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations extrêmement fouillées de la situation médicale du recourant, non sans s'être entretenu à deux reprises avec lui. Il a opéré une analyse complète des pièces du dossier et des précédentes expertises communiquées par ses confrères. Il a discuté l'ensemble des diagnostics psychiques évoqués en l'espèce, non sans effectuer des recherches complémentaires sur les problématiques physiques détectées au cours de ses entretiens avec l'assuré. Ses remarques sur lesdits diagnostics et ses conclusions de ce point de vue sont non seulement particulièrement détaillées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de ses examens. Par ailleurs, ses explications subséquentes quant à l'estimation de la capacité de travail et la précision des limitations fonctionnelles décrites emportent indubitablement la conviction. Il n'en va pas de même du rapport d'expertise du Dr W. _____ du

- 34 - 15 mai 2009, qui, s'il rejoint les observations du Dr G. _____ à plusieurs égards, peine à convaincre quant à l'appréciation de la capacité de travail, au vu du nombre conséquent de limitations fonctionnelles retenues. L'on ne peut en effet que mettre en doute les conclusions du Dr W. _____ en ce qu'il retient une capacité de travail entière sans même mentionner une quelconque baisse de rendement en présence de restrictions psychiques telles que l'existence d'une activité effectivement adaptée à l'état de santé de l'assuré peut être sérieusement questionnée. Quant au rapport du Dr C. _____, l'on peut constater que son appréciation globale est proche de celle communiquée par le Dr G. _____, en dépit de divergences diagnostiques. Le rapport du 29 octobre 2008 s'avère cela étant circonscrit par le mandat confié par l'assureur en responsabilité civile, tout en répondant néanmoins pour l'essentiel aux critères définis par la jurisprudence pour se voir doter d'une valeur probante. L'on peut d'ailleurs s'étonner qu'en cas de doute sur les conclusions du Dr C. _____, l'OAI n'ait pas jugé utile de questionner ce dernier au cours de la procédure administrative, en lieu et place de requérir une seconde expertise, courant ainsi le risque d'avis contradictoires sur une même situation. L'on ajoutera enfin que les conclusions du Dr G. _____ viennent corroborer tant l'appréciation communiquée initialement par le Dr C. _____ que les observations des différents psychiatres traitants consultés par l'assuré, ce qui justifie d'autant plus que les conclusions de l'expert judiciaire soient suivies par la Cour de céans. 5.3 Vu ce qui précède, il convient de retenir que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale de l'OAI du 4 mars 2002, en ce sens que les pathologies psychiatriques dont il souffre entraînent depuis décembre 2005 une incapacité totale de travail, respectivement restreignent depuis décembre 2006 sa capacité de travail à un taux

- 35 - maximal de 30% dans une activité adaptée qui respecterait les importantes limitations fonctionnelles psychiques énumérées par l'expert judiciaire. Partant, en présence d'un motif de révision des droits de l'assuré, au sens entendu par l'art. 17 LPGA, depuis la décision initiale susmentionnée, il s'agit de procéder à une évaluation de son invalidité, conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA. Il y aurait lieu à ce stade de s'interroger sur la disponibilité effective sur le marché du travail équilibré d'une activité lucrative répondant aux restrictions psychiatriques exposées. Cela étant, la réponse éventuellement négative à cette interrogation ne modifierait en rien le droit aux prestations du recourant, dans la mesure où la comparaison des revenus hypothétiques, fondée sur les conclusions du Dr G. _____, aboutit à un degré d'invalidité supérieur au seuil de 70%, ainsi qu'il sera

exposé sous considérant 6 infra. 6. 6.1 Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en

- 36 - bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3; 125 V 146 consid. 2c; 117 V 194 consid. 3b; TFA I 257/04 du 17 mars 2005). 6.2 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Aux termes de 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). En ce qui concerne le point de départ du droit à la rente, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et au terme de cette année être invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126 ; cf. ch. 2010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]). 6.3 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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la

- 37 - manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1) 6.4 Le revenu d'invalide 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'invalide. En revanche, en l'absence 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’Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, publiées par l’Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; 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 valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). En outre, la mesure dans laquelle le salaire ressortant des statistiques doit être réduit dépend 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d’une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

- 38 - 6.5 En l’espèce, l’année déterminante pour procéder à une comparaison des revenus, conformément à l’art. 16 LPGA, est l’année 2006, soit à l’issue du délai de carence d’un an durant lequel l’assuré a présenté une incapacité de travail durable de plus de 40%. S’agissant préalablement du statut du recourant, il ressort tant de son curriculum vitae que des inscriptions au compte individuel AVS que durant ses périodes d’activité, il a systématiquement occupé des postes à plein temps. Son engagement, prévu par P. _____ SA dès le 1er juin 2006, était en outre prévu sur une durée hebdomadaire de 42 heures. Contrairement à ce que soutient l’intimé, rien n’indique qu’en l’absence d’atteinte à la santé, l’assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – recherché une activité professionnelle à temps partiel. Il apparaît bien davantage que sa situation actuelle d’homme au foyer, en charge de ses deux enfants en bas âge, ne soit pas un choix délibéré, mais plutôt consécutive à ses aléas de santé et aux restrictions psychiques à son maintien durable en emploi. Aussi, à l’instar de ce qu’a prétendu le recourant aux termes de son acte de recours, il y a lieu de considérer que sans atteinte à la santé, il aurait vraisemblablement tenté de rechercher ou de conserver une activité lucrative à plein temps, en l’absence de tout indice sérieux en faveur d’une conception moins traditionnelle de son couple. 6.6 Peu avant l’accident du 15 mai 2006, l’assuré avait d’ailleurs décroché un nouveau contrat de travail auprès de P. _____ SA pour un revenu mensuel de 5’600 fr. versé treize fois. Ce montant, correspondant à un salaire annuel de 72’800 fr., peut ainsi être retenu au titre de revenu hypothétique sans invalidité. Au demeurant, un tel salaire équivaut sensiblement aux gains réalisés par l’intéressé en dernier lieu, tels qu’inscrits à son compte individuel AVS.

- 39 - 6.7 Quant au revenu d’invalidé, il convient de se fonder sur les statistiques salariales préconisées par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2006, soit 4’732 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 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 inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s’élève à 4’933 fr. fr (4’732 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 59’197 fr. à plein temps. Compte tenu d’une capacité de travail partielle de 30%, c’est en définitive la somme de

17'759 fr. qui sera retenue au titre de revenu d'invalidé déterminant. Une réduction supplémentaire des salaires statistiques ne se justifie au surplus pas, puisque l'appréciation médicale de la capacité de travail du recourant tient précisément compte de ses nombreuses limitations fonctionnelles. En outre, ce dernier est encore relativement jeune à la date de l'évaluation de son invalidité (moins de 50 ans), alors qu'il ne souffre d'aucun problème linguistique ou de restriction liée à un permis de séjour. 6.8 L'incapacité de gain du recourant se monte en définitive à 75,6% ($(72'800 \text{ fr.} - 17'759 \text{ fr.}) \times 100 / 72'800 \text{ fr.}$), taux devant être arrondi à 76% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2) et ouvrant de facto le droit à une rente entière. Conformément à la jurisprudence fédérale citée plus haut, l'art. 88bis al. 1 let. a aRAI ne trouvant pas application, il convient de retenir la date du 1er février 2007 pour faire débiter le droit au versement des prestations, ainsi que le prévoyait l'art. 48 al. 2 aLAI, du fait du dépôt de la demande de révision par l'assuré en date du 12 février 2008.

- 40 - 7. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et le droit à une rente entière reconnu à l'assuré sur la base d'un degré d'invalidité de 76%, tandis que cette prestation devra lui être servie dès le 1er février 2007. 7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. 7.2 Le recourant a renoncé avec effet rétroactif au bénéfice de l'assistance judiciaire par courrier du 3 septembre 2010, ce dont le service compétent a pris acte dans une décision du 6 septembre 2010. 7.3 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a néanmoins droit à des dépens, fixés in casu à 3'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

- 41 -

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