

# **VD\_GERICHTE ZD10.018192 vom 13. Februar 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-02-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.018192](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.018192)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.018192 du 13 février 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD10.018192 del 13 febbraio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique

- 12 - notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Interjeté auprès du tribunal compétent dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente.

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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 est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, anciennement art. 29 al. 1 LAI). 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. Pour procéder à la comparaison des revenus sans et avec

invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie

- 13 - la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b et 116 V 246, consid. 1a et les références citées ; TF 9C\_803/2009 du 25 mars 2010, consid. 5.2 ; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006, consid. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1b et 117 V 287, consid. 4 ; TF 9C 537/2009 du 1er mars 2010, consid. 3.2 et 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4). b) 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 (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

- 14 - 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 (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En particulier, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il a été établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans avoir examiné autrement sa valeur probante. En effet, il peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). 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).

#### **E. 4**

Le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir pris en compte, dans la fixation de sa capacité de travail, ses problèmes psychiques ainsi que ses difficultés liées à son faible niveau scolaire et à sa méconnaissance du français. Le diagnostic d'état dépressif réactionnel apparaît pour la première fois au dossier dans le rapport établi par le Dr B. \_\_\_\_\_ le 25 novembre 2008. Ce rapport est toutefois parvenu à l'OAI le 9 décembre 2008, soit après la rédaction par le SMR du rapport du 2 décembre 2008

- 15 - sur lequel se base notamment la décision litigieuse, raison pour laquelle ce diagnostic n'y apparaît pas. L'existence d'une atteinte psychique n'était par ailleurs mentionnée dans aucun autre document médical antérieur figurant au dossier. Cela étant, le Dr B. \_\_\_\_\_ lui-même indique dans son rapport que ce diagnostic n'a aucune influence sur la capacité de travail de son patient, qu'il considère apte à travailler à plein temps dans une activité légère qui respecte ses limitations fonctionnelles, alors que l'OAI ne retient qu'une capacité de travail réduite à 70%. Aucune diminution de la capacité de travail du recourant pour cause d'atteinte à sa santé psychique ne saurait donc être retenue sur la base du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2008. Quant aux difficultés observées pendant le stage à l'Orif, soit notamment le manque de dynamisme et de motivation, ainsi que le faible niveau scolaire et les difficultés en français, elles ne peuvent être expliquées par l'atteinte à la santé dont souffre le recourant et ne sont dès lors pas des facteurs dont l'intimé devait tenir compte dans la fixation de la capacité de travail de l'assuré. En ce qui concerne le rapport d'examen rhumatologique effectué par le Dr Q. \_\_\_\_\_, dont les conclusions sont claires et dûment motivées, il remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence pour détenir valeur probante. L'attestation du Dr B. \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2010, qui ne fait que confirmer la totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et l'existence de facteurs non médicaux faisant obstacle à une réorientation professionnelle, n'apporte aucun élément nouveau sur le plan médical. Quant au rapport des Drs K. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2010 et celui du Dr X. \_\_\_\_\_ du 16 novembre 2011, ils attestent la persistance de douleurs sciatiques chroniques n'ayant pas répondu au traitement instauré mais ne font état d'aucun changement significatif dans les éléments objectifs depuis l'examen rhumatologique du Dr Q. \_\_\_\_\_. Ces trois documents produits par le recourant n'apportent par conséquent aucun fait qui serait de nature à mettre en doute, même faiblement, l'examen rhumatologique du 7 novembre 2008 et donc à modifier la capacité de travail retenue par l'intimé.

- 16 - Il faut toutefois relever que dans son rapport établi le 3 juin 2010, soit un mois après la décision litigieuse, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état d'un état dépressif progressif actuellement grave, pour lequel une prise en charge psychiatrique devrait débiter prochainement. Ces considérations ne peuvent toutefois pas être prises en compte dans le cadre du présent recours, du fait qu'elles ont été attestées postérieurement à la décision litigieuse et que la prise en charge psychiatrique, si elle a bien eu lieu, a également été rendue nécessaire postérieurement à cette décision, les troubles dépressifs antérieurs à celle-ci n'ayant pas eu d'effet sur la capacité de travail du recourant, comme l'a attesté le Dr B. \_\_\_\_\_ lui-même dans son premier rapport. Néanmoins, si l'état de santé de l'assuré devait effectivement se péjorer, cela constituerait un fait médical nouveau pouvant justifier une instruction complémentaire sous la forme d'une révision menée d'office par l'OAI ou

sur demande dûment étayée de l'assuré, sans qu'il ne soit toutefois préjugé ici de l'issue d'une telle requête ni de la mise en œuvre d'office d'une révision par l'OAI. Il résulte de ce qui précède que l'assuré présente dès le 15 juillet 2006 une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au calcul du taux d'invalidité, il n'est pas contesté pour lui-même. Il convient toutefois de le vérifier d'office dans ce qui suit.

## **E. 5**

a) 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 manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 ; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 ; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1). En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2006, année de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174, consid. 4a), soit

- 17 - un an après le début, le 19 novembre 2005, de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (art. 28 al. 1 let. b LAI). Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI s'est basé sur les données résultant de l'ESS, soit sur un salaire de 59'197 francs (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). La prise en compte d'un tel revenu s'avère favorable au recourant. En effet, il ressort de son extrait de compte individuel AVS que ce dernier, qui travaillait sur appel pour un salaire horaire de 28 fr. auprès de son dernier employeur, n'a jamais réalisé un revenu aussi élevé. Il aurait toutefois pu être à même de réaliser un tel revenu s'il avait travaillé à temps plein pour le compte de ce même employeur. b) Le revenu d'invalidité 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'invalidité. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1 ; 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 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à

- 18 - garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009 ; TF I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des

possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). 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, en règle générale, 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 (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références). En l'espèce, le recourant était âgé de moins de 40 ans au moment de la décision litigieuse. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles (alternance de position assise et debout 2 fois par heure,

- 19 - pas de soulèvement régulier de poids de plus de 5 kg, pas de port régulier de poids de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexions répétées et pas de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers), on doit admettre, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'ESS, qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté au handicap dont souffre le recourant (cf. notamment TF I 112/06 du 16 août 2007 ; TF I 111/06 du 19 avril 2007 ; TF I 372/06 du 25 janvier 2007 ; TF I 700/05 du 12 janvier 2007). Par ailleurs, il est à relever que le fait que le recourant ne maîtrise pas le français ne l'a pas empêché de travailler pour le compte de divers employeurs pendant plusieurs années. Au vu de ces éléments, on ne saurait considérer irréaliste le fait que le recourant puisse retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. L'office intimé a donc appliqué de façon correcte l'art. 16 LPGa en considérant que le recourant peut encore pleinement exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail. Par conséquent, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant en 2006 des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'732 fr. par mois, part au 13ème 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 ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'933 fr. 11 (4'732 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 francs 32. c) Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation réduit du recourant, l'OAI a réduit les revenus ESS de 10%.

- 20 - 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 plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71). En l'espèce, le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI tient raisonnablement compte des limitations fonctionnelles du recourant, qui n'apparaissent pas excessives, de son manque de formation et de connaissances linguistiques, ainsi que de son taux d'occupation réduit. Dans ce contexte, il convient d'observer que certains facteurs étrangers à l'invalidité n'ont pas été pris en considération pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, sur la base de données salariales statistiques (cf. supra, consid. 5a). On ne saurait donc attribuer à ces facteurs une importance excessive pour fixer le revenu d'invalidé (cf. ATF 135 V 297 ; 134 V 322, consid. 4 et 5.2 ; cf. Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2ème éd., p. 321 ss). Concrètement, le recourant, qui est encore jeune et qui bénéficie d'un permis d'établissement, n'a pas été empêché de travailler par sa méconnaissance de la langue écrite (lecture et écriture). Il peut donc trouver une activité simple dans des secteurs de production n'exigeant pas d'efforts physiques importants (cf. les conclusions de l'Oriph). La déduction de 10% à laquelle a procédé l'intimé n'est donc pas critiquable et doit dès lors être confirmée.

- 21 - d) Le salaire avec invalidité s'élève ainsi à 37'294 fr. 30 ( $[59'197 \text{ fr. } 32 \times 0,7] - 10\%$ ). Comparé au revenu sans invalidité de 59'197 fr., le taux d'invalidité est de 37% ( $\{(59'197 \text{ fr.} - 37'294 \text{ fr. } 30) \times 100\} / 59'197 \text{ fr.}$ ), ce qui n'ouvre aucun droit à une rente (cf. art. 28 LAI). e) Concernant d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, force est de constater qu'il n'est pas possible en l'état de les mettre en oeuvre. Il ressort en effet du rapport de l'Orif que le recourant peine à s'imaginer évoluer dans un nouveau domaine professionnel, ne sait pas du tout vers quelle nouvelle activité s'orienter et ne possède pas la capacité d'élaborer de nouveaux projets. L'approche de certains domaines de travail au travers des modules d'évaluation n'a d'autre part pas apporté de solution probante et le recourant peine à entrer dans une démarche de réinsertion concrète. Dans ses écritures, il ne sollicite par ailleurs aucune mesure professionnelle, mais uniquement l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

## **E. 6**

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 sociales est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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