

# **VD\_GERICHTE ZD10.029552 vom 17. August 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-08-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.029552](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.029552)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.029552 du 17 août 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.029552 del 17 agosto 2011

## **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). Les décisions sur opposition ainsi que celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du Tribunal 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). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales, est applicable dans le cas présent (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile – eu égard notamment aux fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent, et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

- 12 -

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53). b) La légalité des décisions attaquées doit être appréciée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1, avec les références citées). c) Dans le cas d'espèce, est litigieux le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Plus spécifiquement, l'intéressé critique l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail, et invoque des erreurs dans le calcul du préjudice économique.

### **E. 3**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date

déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à la rente doit, en l'occurrence, être examiné pour la période postérieure au 1er janvier 2004 en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 4e révision de cette loi (RO 2003 3837), puis pour la période au-delà du 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 5e révision de cette législation entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

- 13 -

#### **E. 4**

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 al. 1 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. 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). c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance,

- 14 - avant 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. 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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. 5

Dans la présente cause, il apparaît que l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen SMR du 18 avril 2005 des Drs Z.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et A.\_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi que sur le compte-rendu de la rhumatologue W.\_\_\_\_\_ du 21 mai 2007, pour reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'examen des pièces du dossier réfute toutefois l'appréciation de l'office intimé. a)

S'agissant de l'examen SMR effectuée par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, force est de rappeler que cette évaluation remonte à avril 2005, si bien qu'elle s'avérait ancienne à la date déterminante de la décision litigieuse, soit le 10 août 2010 (cf. consid. 2b supra).

- 15 - L'écoulement d'un tel laps de temps – plus de 5 ans – laisse à penser que le rapport du 18 avril 2005 ne reflétait plus l'état de santé actuel du recourant au moment où l'OAI a statué, ce qui amène à douter de la pertinence des conclusions des experts dans le cas particulier. Par ailleurs et surtout, le rapport du 18 avril 2005 a été co- rédigé par la Dresse A.\_\_\_\_\_, signant en qualité de psychiatre FMH. A cette époque, cette praticienne ne réalisait toutefois pas les conditions pour se prévaloir d'un tel titre (tant en vertu de la législation fédérale, que sur la base des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal), pas plus qu'elle n'était au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal, l'autorisation en question n'ayant finalement été accordée que le 24 novembre 2006. Indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse A.\_\_\_\_\_, il a été jugé que les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration, de sorte que l'on ne saurait allouer une pleine valeur probante à ce constat. On ne peut, à tout le moins, se fonder uniquement sur ce document pour tirer des conclusions définitives sur l'état de santé psychique de l'assuré. Si les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du SMR résultent en fin de compte d'une appréciation consensuelle du cas par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, ce facteur ne peut pour autant suffire à valider les conclusions de la Dresse A.\_\_\_\_\_, dès lors que l'ensemble du volet psychiatrique – lequel comprend aussi bien les observations cliniques que les conclusions spécifiques – présente une valeur probante affaiblie (cf., entre autres, les arrêts TF I 65/07 du 31 août 2007 consid. 3, I 781/06 du 29 octobre 2007 consid. 3 et I 51/07 du 18 février 2008 consid. 3). Le dossier ne comprend par ailleurs pas d'autre évaluation circonstanciée émanant d'un spécialiste en psychiatrie. En particulier, le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 16 février 2004 – qui remontait à plus de 6 ans au moment où l'autorité intimée a statué – apparaît insuffisamment détaillé et motivé pour être à lui seul déterminant.

- 16 - Il découle de ce qui précède que l'OAI ne pouvait se satisfaire des conclusions des experts du SMR du 18 avril 2005 pour statuer dans la présente affaire. b) Quant au compte-rendu du 21 mai 2007 de la rhumatologue W.\_\_\_\_\_, il a été établi plus de trois ans avant que l'OAI se prononce; aussi convient-il de faire preuve d'une certaine circonspection quant à la pertinence de ce document à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. consid. 2b supra). Cela étant, dans la mesure où aucune autre pièce médicale

n'a été versée au dossier depuis lors, force est d'admettre que l'état de fait mérite d'être actualisé sur les plans rhumatologique et, plus généralement, somatique (cf. également consid. 5c infra). C'est le lieu de relever que l'évaluation rhumatologique de l'expert W. \_\_\_\_\_ n'est pas accompagnée d'une analyse psychiatrique digne de foi, alors même que cette problématique avait initialement été retenue et que, ainsi que précédemment constaté, la crédibilité des conclusions de la psychiatre A. \_\_\_\_\_ est fortement affaiblie (cf. consid. 5a supra). Tout au plus la Dresse W. \_\_\_\_\_ a-t-elle observé, dans son rapport (p. 21 ch. 5.1), que l'assuré avait interrompu son traitement psychiatrique et ne prenait plus de psychotropes. Pour autant, l'absence de médication ou de suivi psychiatrique ne saurait être tenue pour la preuve de l'absence de troubles psychiques. A cela s'ajoute qu'en l'espèce, on ne peut exclure, en l'état du dossier, que les échecs récurrents subis par l'assuré dans le cadre de sa réadaptation (cf. let. D.b supra) aient en définitive engendré de nouvelles atteintes psychiques, respectivement aggravé des affections préexistantes. Ces doutes méritent eux aussi d'être levés dans le cadre d'une investigation sur le plan médical. c) Dans son recours du 15 septembre 2010 (p. 6), l'assuré a fait état d'une nouvelle affection physique, se traduisant par la perte de 90% de l'acuité visuelle de son œil gauche. D'une part, rien au dossier ne permet de savoir si cette atteinte aurait dû être prise en compte par l'OAI au moment de la décision attaquée (cf. consid. 2b supra). D'autre part, s'il

- 17 - est vrai qu'en tant que telle, la vision monoculaire ne constitue pas en soi un obstacle à l'exercice d'une activité industrielle légère (cf. à cet égard TF 9C\_556/2009 du 27 janvier 2010, concernant un assuré atteint de cécité, glaucome néo-vasculaire et décollement de la rétine de l'œil gauche), il demeure qu'en l'occurrence, on ignore la cause spécifique de cette perte de vision ainsi que la manière dont elle influe sur la capacité de travail du recourant. Il y a lieu, dès lors, d'instruire sur ce plan également.

## **E. 6**

L'approche théorique du degré d'invalidité retenue par l'OAI prête également le flanc à la critique. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la 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 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence

- 18 - 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'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'Office fédéral de

la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). 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 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie de titre de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c). b) En l'espèce, c'est à tort que l'OAI a considéré, dans la décision entreprise (p. 2, 2ème paragraphe), qu'après les mesures professionnelles mises en place, l'assuré pouvait prétendre à des activités telles qu'assistant-acheteur (niveau 2), gestionnaire de stock, employé administratif ou responsable d'économat. En effet, aucune des mesures de réadaptation octroyées à l'intéressé n'a été finalisée. Notamment, la formation d'acheteur auprès de l'Association Y.\_\_\_\_\_ a été interrompue après moins d'un an le 3 décembre 2006 (cf. consid. D.b/aa supra), et la formation SAP s'est soldée par un triple échec définitif (cf. consid. D.b/dd et ee supra). En outre, le fait que l'assuré ait obtenu un diplôme de gestionnaire de stock par le biais de l'assurance-chômage, et qu'aucune formation ne soit requise pour exercer la profession de responsable d'économat ne signifie pas encore que l'exercice de telles professions soit possible sur le plan médical, qui reste à évaluer.

- 19 - c) A cela s'ajoute encore que l'assuré, né en 1950, était âgé de 60 ans à la date du prononcé querellé. Compte tenu de ce facteur et de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'exigibilité de la reconversion professionnelle des assurés proches de l'âge de la retraite (cf. arrêts TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2, TF 9C\_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2, TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2), l'OAI ne pouvait sans autre renvoyer le recourant à une reconversion professionnelle dans une activité adaptée. Il lui incombait à tout le moins d'analyser cette problématique et de motiver sa décision sur ce point précis. d) A cela s'ajoute enfin, s'agissant du revenu d'invalidé de l'assuré, que l'OAI s'est fondé sur un montant de 75'574 fr., tiré des tables de salaire de la Société suisse des employés de commerce (ci-après : SSEC), niveau C, pour l'année 2003. Or, opter, comme le fait ici l'OAI, pour une méthode de calcul fondée sur des activités concrètes n'est certes pas proscrit par la jurisprudence. Il n'en demeure pas moins qu'en l'espèce, outre que le choix d'un secteur d'activité concret intervient alors même que l'assuré se trouve en échec de reclassement dans le domaine considéré, on observe que les recommandations salariales de la SSEC telles qu'alléguées ne figurent pas au dossier, de sorte qu'il n'est pas possible de constater si elles correspondent ou non à la situation du recourant. On ignore également dans quelle mesure elles sont effectivement suivies en pratique. Pour ces motifs, il appartiendra à l'OAI de reprendre l'instruction de la cause en ce qui concerne la capacité résiduelle de gain de l'assuré compte tenu des stages et des cours de formation dont il a bénéficié, mais sans certification à la clé. Le point de savoir si une déduction supplémentaire doit être effectuée pour tenir compte de facteurs personnels concrets, notamment l'âge, dépendra des renseignements concrets qu'aura pu réunir l'intimé. S'il ne parvient pas à obtenir de tels renseignements, qui soient tangibles et fiables, l'OAI devra se rapporter à la méthode usuelle de l'ESS et, ce faisant, tenir compte d'éventuels facteurs

d'abattement tels que définis par la jurisprudence.

- 20 -

#### **E. 7**

Il ressort de ce qui précède que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer, compte tenu d'une instruction lacunaire sur les plans médical et professionnel. Seule une expertise sur les plans somatique et le cas échéant psychiatrique sera à même de déterminer la nature des atteintes à la santé actuelles du recourant, dans quelle mesure les troubles qu'il présente sont invalidants, et le cas échéant, la capacité de travail encore exigible (cf. consid. 5a, 5b et 5c supra). Par ailleurs, l'approche théorique du degré d'invalidité retenue par l'OAI s'avère insuffisamment fondée quant à la méthode de calcul choisie et aux critères qui doivent présider à cette évaluation (cf. consid. 6c et 6d supra). Dès lors qu'il convient de reprendre l'instruction de la demande, instruction qu'il revient à l'intimé de mettre en œuvre au premier chef (art. 69 RAI et 41 LPGA), il a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants, puis qu'il rende une nouvelle décision sur la base d'une évaluation médicale globale (troubles somatiques et psychiatriques) et actualisée de l'état de santé et procède à un nouveau calcul du degré d'invalidité. Ce n'est qu'au terme de cette nouvelle approche que l'on pourra déterminer un éventuel droit à des prestations, en termes de rente, ou de mesures professionnelles le cas échéant.

#### **E. 8**

a) Le recours étant admis, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 francs, compte tenu de l'état de la procédure et de la tenue d'une audience.

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