

## **VD\_GERICHTE ZD11.019816 vom 29. Juli 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-07-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.019816](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.019816)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.019816 du 29 juillet 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD11.019816 del 29 luglio 2013

### **Erwägungen**

#### **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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1er janvier 2004, 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

- 33 - l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement

important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir aussi ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). d) 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 et 9C\_519/2008 du 10 mars

- 34 - 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; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010 consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant

- 35 - (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4, 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

## **E. 5**

a) L'expertise déposée le 3 juillet 2012 par les médecins de la Polyclinique Médicale Universitaire répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante. Le recourant n'en remet du reste en cause les conclusions que par la production d'attestations médicales établies après le dépôt du rapport du 3 juillet 2012. En revanche, il ne formule aucune critique ni sur le déroulement des examens par les experts, ni sur le contenu du rapport d'expertise, ni sur l'adéquation des conclusions aux constatations qui les fondent. Cette expertise, qui comprend un examen détaillé de tous les documents médicaux antérieurs à son dépôt, orientera donc l'examen de la présente cause, sur le plan rhumatologique et sur le plan psychiatrique. On verra au surplus ci-dessous (consid. 5c) que certaines des pièces produites après le dépôt de cette expertise n'entrent pas en ligne de compte pour statuer sur le présent litige. b) Du point de vue rhumatologique, l'expertise du 3 juillet 2012 pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques dans le cadre d'une fracture-tassement de D12 et de douleurs à la cheville gauche. Sur le plan ostéo-articulaire, les experts tiennent compte des dorsolombalgies et des douleurs à la cheville pour reconnaître une série de limitations fonctionnelles : activité légère, position assise-debout alternée, pas de port de charges supérieur à 7 kg, pas de marche prolongée. En revanche, ils ne s'opposent pas à la reprise d'une activité lucrative par le recourant et retiennent qu'il était possible de juillet 2009 à octobre 2011 d'exercer un travail à 100% dans une activité

- 36 - adaptée, la baisse de ce taux d'activité n'étant justifiée postérieurement que par l'aggravation de l'état de santé sur le plan psychique. Les conclusions des experts rejoignent ainsi l'avis des médecins consultés avant eux. Les rapports de synthèse établis par le CRR les 25 septembre 2007 et 18 décembre 2008 retiennent également l'impossibilité de la reprise d'une activité trop contraignante pour le dos, et ce d'une manière définitive. En revanche, le second rapport du CRR reconnaît, du strict point de vue somatique, une pleine capacité de travail dans une activité légère et autorisant des positions alternées. Dans son certificat du 1er juillet 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant, admet une capacité de travail d'environ 50 à 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le rapport du 8 octobre 2010 dans lequel la Dresse N. \_\_\_\_\_ constate qu'après la fracture de la cheville gauche justifiant un arrêt de travail du 9 février 2010 au 1er juin 2010, la reprise progressive du travail est possible, à raison de 4 heures par jour d'abord, puis de 8 heures par jour, ajoutant que la limitation semble être les douleurs dorsales. Le 16 septembre 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail nulle depuis la fracture dorsale. Toutefois, le 7 décembre 2011, le Dr T. \_\_\_\_\_ préconise à nouveau un effort de réadaptation dans un emploi léger adapté à 50% destiné à empêcher un processus d'invalidation totale. Ces documents médicaux sont ainsi partiellement contradictoires; ils ne permettent de toute manière pas d'invalider le résultat de l'expertise, qui les a examinés et en a tenu compte pour établir ses conclusions, dûment motivées, d'autant qu'il convient de retenir avec retenue les constatations du médecin traitant, en raison de la relation de confiance nouée avec son patient et du fait qu'il ne fait pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Du reste, le médecin traitant a bien noté la détérioration progressive de l'état du recourant sur le plan psychique sur le long terme et cette appréciation trouve appui dans le rapport d'expertise du 3 juillet 2012, l'évaluation étant différente quant au seul moment à partir duquel cette aggravation a eu un impact sur la capacité de travail. Enfin, le rapport du 14 août 2012 du Dr V. \_\_\_\_\_, qui admet une incapacité de

- 37 - travail à 100% dans toutes les activités en raison de "l'état de santé psycho-physique de longue date, est trop sommaire pour infirmer les conclusions de l'expertise sur le plan somatique. Dès lors, force est d'admettre que le recourant dispose du point de vue somatique, et en particulier rhumatologique, d'une pleine capacité de travail dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par les experts. c) Du point de vue psychiatrique, l'expertise du 3 juillet 2012 pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts constatent une majoration des symptômes, en relevant que l'ampleur des plaintes s'écarte de que l'on peut attendre dans le contexte d'une affection physique dont l'évolution se complique d'un tableau clinique difficilement explicable par l'évolution naturelle de la maladie. Ils se réfèrent à l'expertise du 26 avril 2010 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, lequel a également été établi conformément aux exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante, pour admettre une activité exigible à 100% dans une activité adaptée de juillet 2009 à octobre 2011. De plus, la Dresse F.\_\_\_\_\_ retient le 26 avril 2010 une capacité de travail entière sur le plan psychique pour toute la période précédant la rédaction de son expertise. Le recourant n'a contesté ni la méthodologie, ni le contenu de l'expertise de la Dresse F.\_\_\_\_\_, mais seulement ses conclusions par la production de nouvelles attestations médicales. Ainsi, les deux expertises au dossier parviennent au même résultat quant à l'absence d'invalidité sur le plan psychique pour la période considérée. Toutes deux probantes, les deux expertises au dossier, qui se complètent, ne peuvent être remises en cause ni par les considérations générales formulées le 1er juillet 2009 par le Dr T.\_\_\_\_\_ au sujet de la réaction anxieuse et dépressive de degré moyen à sévère secondaire aux problèmes sur le plan somatique, ni par le nouveau constat identique exposé le 1er juin 2010 par le médecin traitant, ni par les observations de la lettre du 14 septembre 2011 de ce même médecin au

- 38 - sujet de la détérioration progressive de la situation psychique du recourant au cours des dernières années et son isolement progressif. Dès lors, le 7 avril 2011, jour où la décision attaquée a été rendue par l'intimé, force est d'admettre que le recourant présentait - ceci jusqu'au mois d'octobre 2011 - une pleine capacité de travail du point de vue psychique, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La suppression du droit à la rente depuis le 1er juillet 2009 était donc justifiée. d) L'expertise du 3 juillet 2012 admet certes une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée en tout cas depuis la prise en charge psychiatrique par le Dr P.\_\_\_\_\_ en octobre 2011, ce dernier spécialiste décrivant une aggravation de l'état psychiatrique depuis 2010, date du dépôt de l'expertise de la Dresse F.\_\_\_\_\_. Au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus, il n'est toutefois pas possible de tenir compte de la péjoration de l'état de santé du recourant intervenue postérieurement à la date à laquelle la décision attaquée du 7 avril 2011 a été rendue, ce fait nouveau devant faire l'objet d'une nouvelle décision (voir le consid. 3c ci-dessus). Il est également prématuré d'examiner la valeur probante du rapport du 29 août 2012 du Dr V.\_\_\_\_\_ relatif à l'aggravation de longue date de l'état de santé psycho-physique du recourant, cette attestation ne permettant de toute manière pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 3 juillet 2012. Dès lors, le dossier de la cause sera renvoyé à l'intimé en l'invitant à interpeller l'assuré afin de donner à la péjoration avérée de son état de santé la suite utile qu'il convient.

## **E. 6**

Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant. 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

- 39 - 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 137 V 334 consid. 3.1.1; 134 V 322 consid. 4.1; 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (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).

- 40 - b) En l'espèce, le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son accident du 24 mars 2007. Il est établi que son activité habituelle de monteur électricien sur chantier n'est plus adaptée à son état de santé et qu'il doit dorénavant rechercher une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il convient ainsi de procéder à une approche théorique de la capacité de gain par la méthode de la comparaison des revenus. La demande de prestations AI pour adultes a été déposée le 8 octobre 2007, si bien que l'ESS 2006 alors en vigueur est applicable. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services); il s'élève à 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4) pour 40 heures hebdomadaire de travail, qui doit être porté à 4'933 fr. 11 par mois pour tenir compte de la moyenne horaire usuelle dans les entreprises en 2006 (La vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B9.2; ce qui conduit au calcul  $4'732 \times 41,7$  heures de travail / 40), soit un salaire annuel de 59'197 fr. 32, qu'il faut adapter à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+1,60%; +2,07%; +1,35%; cf. La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2). Le revenu annuel déterminant se monte ainsi à 62'218 fr. 23 l'année d'ouverture du droit à la rente. Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, il est correct que l'OAI ait appliqué un abattement statistique (cf. TF 9C\_40/2011 du 1<sup>er</sup> avril 2011 consid. 2.3.1) de 10% sur le revenu d'invalide, qui s'élève donc à 55'996

fr. 40. La différence entre le revenu annuel professionnellement exigible sans invalidité de 60'607 fr. (revenu de monteur électricien sans invalidité) et le revenu annuel professionnel exigible avec invalidité de 55'996 fr. conduit à une perte de gain de 4'611 fr., qui correspond à un degré d'invalidité de 7,6%. Ce taux n'ouvre le droit ni à un reclassement (20% d'invalidité au moins; art. 17 LAI), ni à une rente d'invalidité (40%

- 41 - d'invalidité au moins; art. 28 al. 1 LAI). La décision attaquée est ainsi justifiée.

## **E. 7**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du 29 juin 2011 (AJ11.024419), le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé au recourant aussi sous la forme de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Gilles-Antoine Hofstetter, avec effet au 26 mai 2011. Celui-ci a produit deux listes d'opérations, l'une du 26 septembre 2011 annonçant 15 heures de travail et 81 fr. de débours (opérations du 22 octobre 2009 au 26 septembre 2011), l'autre du 28 février 2013 annonçant 9 heures 24 de travail et 61 fr. de débours (opérations du 5 octobre 2011 au 28 février 2013). La liste du 26 septembre 2011 tient compte d'opérations réalisées entre le 22

- 42 - octobre 2009 et le 19 avril 2011, à savoir avant la date pour laquelle l'assistance judiciaire a été accordée, si bien que ces dernières opérations ne peuvent être prises en compte, ce qui revient à admettre quelques 8 heures et demie de travail pour la période effectivement couverte. Le nombre d'heures de travail à rémunérer dans le cadre de l'assistance judiciaire se monte donc à 18 heures, chiffre arrondi justifié au regard de la procédure, représentant 3'240 fr. (au tarif de 180 fr. l'heure), auquel il faut ajouter 8% de TVA (259 fr. 20), ce qui conduit à une somme de 3'499 fr. 20. Aux débours totaux de 142 francs, il faut également ajouter la TVA de 8% (11 fr. 36), soit un montant de 153 fr. 35 (chiffre arrondi). Dès lors, le conseil d'office du recourant peut prétendre au paiement d'une somme de 3'652 fr. 55 pour ses honoraires et débours.

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