

VD_GERICHTE ZD14.021758 vom 3. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.021758

FR: VD_GERICHTE ZD14.021758 du 3 février 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.021758 del 3 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 60 al. 1 LPGA). La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 let. a LPA-VD). b) A titre liminaire, on peut se demander si, au vu de ses conclusions tendant à l'irrecevabilité de la décision du 11 avril 2014 et du « rapport de 2009 », ainsi qu'à sa « réhabilitation » dans son droit à la rente, la lettre du 26 mai 2014 de l'assuré satisfait aux conditions formelles de recevabilité d'un acte de recours prévues à l'art. 61 let. b LPGA. Or, cette disposition, en relation avec l'art. 61 let. a LPGA – lequel prévoit la simplicité de la procédure – découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. Par conséquent, il convient de ne pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours, d'autant qu'en

- 21 - l'occurrence le recourant n'agit pas par l'entremise d'un professionnel qualifié. Par ailleurs, il ressort des autres conclusions et de la motivation du recours, qui peut être prise en considération dans l'interprétation des conclusions, que l'assuré demande le renvoi de la cause à l'intimé afin que celui-ci procède à une instruction complémentaire et qu'il lui octroie en définitive une rente d'invalidité. Interjeté pour le surplus en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques (cf. art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

E. 2

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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

E. 3

En l'espèce, est uniquement litigieux le taux d'invalidité déterminant le droit éventuel à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le recourant ne conteste en effet pas le fait que l'intimé ait mis fin à la mesure de formation initiale, estimant que les nombreuses atteintes dont il souffre « rendent impérative une décision d'octroi de rente Ai à 100% ». Le recourant reproche néanmoins à l'OAI d'avoir « décidé en 2011 (alors que M. T. _____ était en pleine formation – demandée par l'OAI) de supprimer la rente qu'elle lui versait ». A cet égard, il sied de rappeler qu'ensuite de l'arrêt du TFA du 15 janvier 2003 (I 189/02 publié à l'ATF 129 V 119) et au dépôt d'une demande de mesures de réadaptation professionnelle par le recourant le 17 janvier 2006, de nombreuses mesures (stage d'observation de base, formation pratique de gestionnaire du commerce de détail, stages, mesure de préformation dans le domaine

- 22 - du bureau, formation AFP d'assistant de bureau) ont été mises sur pied par l'intimé. La première année d'assistant de bureau AFP du recourant n'ayant pas pu être validée compte tenu de ses nombreuses absences liées à son état de santé (taux de présence à fin mai 2011 : 51,39%), l'intimé a accepté de prendre en charge les coûts du redoublement de la première année de l'assuré, ainsi que de sa seconde année AFP d'assistant de bureau auprès de l'U. _____ de [...], soit du 1er août 2011 au 31 juillet 2013. Le recourant n'ayant été présent que le 8 août 2011, le contrat d'apprentissage a finalement été rompu le 11 novembre 2011 entraînant de facto la fin du versement de la petite indemnité journalière. Par conséquent, contrairement à ses allégations, le recourant n'a jamais été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité, raison pour laquelle le présent litige ne saurait être examiné sous l'angle des principes applicables en matière de révision de rente. A toutes fins utiles, on rappellera que le droit à une rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI), ce qui était le cas durant la formation initiale.

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 première phrase 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. L'art. 6 deuxième phrase LPGA précise qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

- 23 - peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a

droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). c) Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

- 24 - raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois 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 (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

E. 5

décembre 2013 de la Dresse I._____. Toutefois, comme il l'a indiqué dans son recours, il s'agissait essentiellement de prescription de méthadone. Comme le précise le recourant, ce n'est finalement que le 14 mai 2014, soit postérieurement à la décision attaquée, qu'il a été informé de la mise en place d'un protocole s'agissant de la prescription de méthadone et du suivi psychologique. A cet égard, on observera que le recourant s'est limité à faire état dans le cadre de sa réplique d'un bon établi le 5 septembre 2014 par le Dr Q._____ afin d'effectuer des analyses. En l'absence de tout indice au dossier d'un quelconque diagnostic sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expert L._____. Au demeurant, on soulignera que le recourant n'a pas été en mesure

de prouver qu'il suivait sérieusement un traitement psychiatrique. d) Fondée sur les éléments exposés ci-dessus, la capacité résiduelle de travail du recourant retenue par l'intimé ne prête pas flanc à la critique. Le dossier étant complet et permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à l'instruction complémentaire requise par le recourant, à savoir une nouvelle évaluation par les Drs N. _____ et A.A. _____, ainsi que par le Prof. D.D. _____.

- 28 - complète en original du suivi psychologique effectué par le Prof. C.C. _____ durant son incarcération, dans la mesure où un tel rapport n'est pas susceptible de mettre en évidence des éléments de nature clinique ou diagnostique qui auraient été ignorés par les experts. En définitive, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 5b ci-dessus ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

E. 6

Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références).

- 29 - b) En l'occurrence, il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui n'a pas achevé sa formation professionnelle initiale et pour lequel on ne dispose pas de données salariales personnelles. Le cas relève ainsi de l'art. 26 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) et non de la règle générale de l'art. 16 LPGA. Selon l'art. 26 al. 1 RAI, lorsque la personne assurée n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond, en pour-cent, selon son âge, à une fraction de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires. L'art. 26 RAI est un cas particulier d'application de la méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA) et permet de déterminer le revenu sans invalidité des assurés qui n'ont pas de formation professionnelle à cause de leur invalidité (TF 9C_398/2014 du 27 août 2014 consid. 4.2). c) En l'espèce, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. En effet, il s'agit

d'évaluer l'invalidité d'un assuré âgé de plus de trente ans qui n'a pas achevé sa formation professionnelle initiale, raison pour laquelle l'art. 26 RAI lui est applicable. A cet égard, l'intimé a, dans la décision attaquée, retenu au titre de revenu d'invalidité un revenu annuel moyen de 66'990 fr., qui correspond au salaire moyen versé en qualité d'assistant de bureau selon les recommandations salariales de la Société des employés de commerce (SEC) (2011-2012). S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé à la valeur centrale médiane (pour précision : après trente ans révolus, cette fraction est de 100% et représente donc la valeur entière de la médiane [cf. tableau sous art. 26 al. 1 RAI]), actualisée chaque année telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires, soit, en 2013, 77'000 francs. Par comparaison de ce dernier revenu avec le salaire annuel exigible – à savoir 66'990 fr., un montant qu'il n'y a au demeurant pas lieu de critiquer –, il s'avère que l'incapacité de gain de l'assuré est de 13%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

- 30 -

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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 d'invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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