

VD_GERICHTE ZD14.028598 vom 9. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.028598

FR: VD_GERICHTE ZD14.028598 du 9 mars 2016

IT: VD_GERICHTE ZD14.028598 del 9 marzo 2016

Erwägungen

E. 18

avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 6. a) S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail litigieuse à compter de novembre 2010, l'OAI a réuni dès le début de l'année 2011 les rapports des médecins ayant pris en charge l'assuré, soit son cardiologue et son médecin traitant de l'époque, les Drs D._____ et W._____, ainsi que de la Dresse L._____, avant de diligenter un examen spécialisé après du Dr EE._____ en septembre 2011. En date du 18 janvier 2011, le Dr D._____, sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient, a renvoyé au rapport adressé le

E. 19

novembre 2010 des suites de l'AIT au Dr W._____. Il y avait relevé une « athéromatose modérée bilatérale des bifurcations carotidiennes » sans « élément évocateur d'un FOP » ni « thrombus apical ». Quant au Dr W._____, il a fourni un document détaillé à l'OAI le 14 mars 2011, mentionnant l'intégralité des diagnostics entrant en ligne de compte dans le cas de l'assuré et retenant en définitive une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée essentiellement sédentaire. Il prenait en considération les diagnostics d'obésité et de syndrome d'apnées du sommeil qualifié de « léger ». Il n'avait prononcé une incapacité totale des suites de l'AIT que pour la période du 14 novembre 2010 au 12 décembre 2010, l'assuré ayant au demeurant repris son activité auprès de C._____SA dès cette date dans le cadre des mesures professionnelles accordées par l'OAI. La Dresse L._____, intervenue des suites de la « rhizarthrose du pouce gauche » diagnostiquée suite à l'incident du 24 février 2011, a pour sa part communiqué une incapacité de travail totale de durée limitée du 8 mars 2011 au 27 juin 2011 dans ce cadre, soulignant que son patient demeurerait capable d'exercer une activité légère « sans corps à corps » compte tenu de limitations de la main gauche.

- 37 - Le Dr EE._____, au terme de son examen clinique au SMR, a de son côté tenu compte – en sus des affections ressortant à son champ de compétences, soit la « coxarthrose bilatérale », les « lombalgies chroniques sur protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés » et les « troubles dégénératifs du pouce gauche » – de l'ensemble des problématiques de santé attestées par les médecins traitants, notamment sur le plan cardiologique, pour conclure à une restriction de la capacité de travail destinée à englober l'intégralité des limitations fonctionnelles admises dans le cas du recourant. Il a en définitive envisagé une capacité de travail de 65% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à compter du 28 juin 2011. Eu égard à la période antérieure à cette date, le Dr EE._____ s'est rallié aux appréciations des Drs W._____ et L._____. Seul le nouveau médecin traitant de l'assuré, le Dr EE._____, a communiqué un avis divergent aux termes de son rapport à l'OAI du 20 mai 2011, en

estimant que son patient n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité. Or, en dépit du caractère exhaustif des diagnostics énumérés et des explications de ce praticien, il ne fait pas de doute que son appréciation demeure sujette à caution, non seulement eu égard au mandat thérapeutique le liant à l'assuré, mais tout particulièrement au vu de son appréciation rétroactive de l'incapacité totale de travail – fixée au 14 novembre 2010 – alors que sa prise en charge ne date que du 10 mars 2011. Pour la période s'étendant de novembre 2010 à juin 2011, on ne voit pas que les experts de la Policlinique NN._____ eussent fait état d'éléments objectifs qui permettraient de s'écarter de l'opinion des Drs EE._____, W._____ et L._____. En particulier, à l'aune de leurs explications du

E. 20

octobre 2015, on constate que les experts judiciaires ont concédé n'avoir aucun élément « permettant de justifier une diminution de la

- 38 - capacité de travail dans un poste adapté » entre l'AIT et la chute survenue le 24 février 2011. Partant, il convient d'écarter les griefs de l'assuré s'agissant de la période précitée et de confirmer que l'AIT n'a entraîné une incapacité de travail totale que pour la durée limitée du 14 novembre 2010 au 12 décembre 2010. De même, les séquelles de la chute du 24 février 2011 n'ont justifié d'incapacité de travail que pour la période déterminée par la Dresse L._____, soit du 8 mars 2011 au 27 juin 2011. b) A ce stade, il s'agit d'examiner si, comme l'a retenu l'intimé, le recourant a recouvré une capacité de travail de 65% dans une activité adaptée dès le 28 juin 2011, ce qui a légitimé le réexamen de son droit à la rente et la réduction de la prestation servie par l'OAI à trois- quarts de rente d'invalidité dès le 1er octobre 2011. Dans le cadre de son recours, l'assuré s'est prévalu des rapports rédigés par les Drs GG._____ et Y._____ pour démontrer une aggravation constante de son état de santé, postérieure à l'examen du Dr EE._____. Le Dr GG._____ a pour sa part rappelé avoir suivi l'assuré dès mai 2012 et fourni les tirages de ses différents rapports au Dr U._____. Dans un premier temps, ses appréciations des 29 avril 2013 et 19 février 2014 font état d'une « situation cardiologique rassurante [...] sans récurrence de douleur », puis demeurée « stable sans évidence de progression de [la] maladie coronaire ». Compte tenu de « gênes pectorales » relatées par l'assuré, il a effectué dans un second temps la coronographie du 16 mai 2014, indiquant avoir procédé à « l'implantation directe d'un stent actif [...] avec un excellent résultat ». Dans son rapport subséquent du 13 août 2014, ce spécialiste souligne avoir revu le recourant le 18 juin 2014 « sans manifestation particulière, sans séquelle spécifique et avec

- 39 - une nette amélioration des symptômes thoraciques qu'il présentait précédemment ». Il a conclu à une « limitation fonctionnelle [...] essentiellement déterminée par la fraction d'éjection du ventricule gauche qui est cliniquement dans les limites de la norme » en dépit d'un pronostic incertain quant à l'évolution de la maladie cardiologique. Quant au Dr Y._____, il a expressément souligné le 18 août 2014 que les suites de la mise en place d'une prothèse de la hanche droite, réalisée le 12 décembre 2013, étaient « favorables », une telle intervention ne constituant pas « un handicap majeur » et ne pouvant être invoquée « pour expliquer des limitations fonctionnelles sévères ». Vu leur teneur, les documents précités, produits par le recourant, ne sauraient à eux seuls permettre de retenir une aggravation sensible de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen effectué par le Dr EE._____. En revanche, le rapport d'expertise de la Policlinique NN._____ du 9 juin 2015, complété le 20 octobre 2015, fournit une appréciation différente de celle de ce dernier, dans le contexte d'une évaluation pluridisciplinaire. Les experts ont mis en

évidence une dégradation continue déterminante de l'état de santé global du recourant, survenue dans le courant de l'année 2011, ce après analyse des constats médicaux ultérieurement objectivés. Ils ont en effet exposé que l'évolution des différents problèmes somatiques affectant l'assuré justifiaient une capacité de travail limitée à 30%, contrairement à l'opinion exprimée par le Dr EE._____. Ils ont précisé, à l'issue de leur complément du 20 octobre 2015, les éléments fondant leur appréciation, soit la rhizarthrose compliquée d'un « début de subluxation trapézo- métacarpienne », la dégradation de la coxarthrose de la hanche droite, puis gauche, une augmentation des douleurs thoraciques, une fatigue et une dyspnée à l'origine de l'apparition d'un syndrome d'apnée du sommeil. Ils ont ajouté un « déconditionnement et une obésité ayant des répercussions somatiques », soulignant que « les examens [ultérieurs

- 40 - avaient] confirmé que les plaintes de l'assuré étaient bien liées à des problèmes somatiques et [avaient] nécessité des interventions cardiovasculaires, un traitement pulmonaire et aussi une intervention orthopédique ». Était également observée une anxiété anticipative, participant « avec l'ensemble des autres pathologies à une diminution de la capacité de travail » (cf. complément d'expertise du 20 octobre 2015, p. 2 et 4). Ils ont en définitive constaté que l'état de santé [...] était précaire et non stabilisé au moment de l'examen de 2011 » (cf. complément du 20 octobre 2015, p. 3). Sur le plan des limitations fonctionnelles, les experts ont dès lors estimé que l'assuré ne pouvait être astreint qu'à « une activité adaptée légère, ne nécessitant pas d'engagement physique, privilégiant la position assise, peu de station debout et peu de déplacements » au taux maximal de 30% (cf. rapport d'expertise du 9 juin 2015, p. 29). c) Eu égard à la teneur du rapport d'expertise judiciaire rédigé par la Policlinique NN._____ le 9 juin 2015 et de son complément du 20 octobre 2015, on relèvera que ces pièces répondent aux critères posés par la jurisprudence fédérale citée sous considérant 5a pour se voir accorder pleine valeur probante. Singulièrement, les experts ont procédé à une analyse extrêmement fouillée de la situation du recourant après avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier constitué dans son cas. En sus de contenir une anamnèse détaillée, ainsi que d'exposer par le détail les plaintes alléguées et les investigations cliniques pluridisciplinaires conduites, les rapports des experts de la Policlinique NN._____ font état de leurs conclusions en motivant dûment ces dernières. Ils ont par ailleurs répondu exhaustivement aux questions suscitées par l'avis du SMR du 30 juin 2015 à la demande du juge instructeur et expliqué les raisons les ayant conduits à s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail du recourant communiquée en septembre 2011 par le Dr EE._____.

- 41 - En dépit des griefs soulevés par l'OAI, singulièrement par le SMR, à l'encontre de l'analyse de la Policlinique NN._____, force est de constater que les experts ont communiqué des conclusions convaincantes, exemptes de contradictions, en particulier suite au complément du 20 octobre 2015. Les rapports des experts de la Policlinique NN._____ fournissent ainsi incontestablement une image très précise de l'état de santé global du recourant à la date de leur examen, compte tenu de l'évolution observée jusque-là. d) Etant donné l'ensemble des éléments qui précèdent, il y a lieu d'accorder préséance aux conclusions des experts de la Policlinique NN._____ au détriment de celles du Dr EE._____ s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant. On retiendra ainsi que l'assuré était effectivement doté d'une capacité de travail de 100% dès novembre 2010, diminuée à un maximum de 30% dès fin juin 2011, sous réserve d'incapacités totales de travail de courte durée, soit notamment du 14 novembre 2010 au 12 décembre 2010 et du 8

mars 2011 au 27 juin 2011 (cf. rapports des Drs W. _____ et L. _____, datés respectivement des 14 mars 2011 et 25 juillet 2011). Sur la base des observations de la Polyclinique NN. _____, on ne peut que douter de la survenance d'un motif de révision, au sens requis par l'art. 17 LPGa, de la rente entière allouée au recourant dès le 1er juin 2011, ainsi que l'a considéré l'OAI pour rendre la décision du 6 mai 2014 concernant la période postérieure au 1er octobre 2011. Cela étant, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous, la comparaison des revenus justifie de toute façon le maintien du versement de cette prestation dès le 1er octobre 2011 (cf. considérant 7 infra).

- 42 - 7. Reste en effet à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour fixer le taux d'invalidité du recourant. a) 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. 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 notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGa. Cela signifie qu'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 – ce qui revient à l'assurance-chômage –, 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'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). 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 ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V

- 43 - 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). b) 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 ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). In casu, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 89'364 fr. en 2006 et de 97'061 fr. en 2011, en additionnant, respectivement en actualisant les salaires annuels réalisés par l'assuré en tant que concierge et agent de sécurité auxiliaire. Dans la mesure où ces montants ont été déterminés sur la base des données concrètes émanant des employeurs de l'assuré et corroborés par son extrait de compte individuel, ils n'apparaissent pas critiquables et peuvent être ici confirmés, le recourant ne faisant au demeurant valoir aucun grief à cet égard. c) 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'invalidité. 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

- 44 - alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; 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). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits 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 p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit

- 45 - être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). Le salaire de référence utilisé en l'espèce est celui ressortant de l'ESS (valeur 2010) dans les domaines de la production et des services pour une activité ne nécessitant pas de formation professionnelle spécifique, soit un salaire mensuel de base de 4'901 fr. réalisable par un homme. Après actualisation à l'année 2011 et prise en compte de l'horaire de travail usuel dans les entreprises, on obtient un revenu d'invalidité annuel déterminant de 61'910 fr. pour une activité à plein temps, puis de 18'753 fr. pour une activité exercée au taux de 30%, respectivement de 15'787 fr. après abattement de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de son taux d'occupation restreint. d) Etant donné les revenus avec et sans invalidité fixés ci-avant, la comparaison des gains en vertu de l'art. 16 LPGa met à jour un degré d'invalidité de 83,71%, arrondi à 84%, valable dès

juin 2011. Un tel taux d'invalidité justifie le maintien du versement d'une rente entière dès le 1er octobre 2011, au contraire de ce qu'a retenu l'intimé à l'issue de sa décision du 6 mai 2014 valable dès la date précitée. 8. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être partiellement admis. La décision du 6 mai 2014 portant sur la période à compter du 1er octobre 2011 doit être réformée, en ce sens que le recourant continue à avoir droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 84%. a) 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

- 46 - à des frais de justice ; 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). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé, sont arrêtés à 400 francs. b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

- 47 -

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