

VD_GERICHTE ZD15.036414 vom 2. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.036414

FR: VD_GERICHTE ZD15.036414 du 2 juin 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.036414 del 2 giugno 2017

Erwägungen

E. 5

Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.). De manière générale, 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,

- 20 - 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. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 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 d'un rapport médical, 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.

E. 5.1

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du

E. 10

novembre 2015 consid. 4.3). 6. a) Sur le plan somatique, il apparaît que le recourant a recouvré, depuis avril 2015 à tout le moins, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, moyennant des mesures de réentraînement au travail destinées à lutter contre son important déconditionnement. Dans ses rapports médicaux des 22

- 21 - décembre 2010, 17 avril 2012 et 28 avril 2014, la Dresse R. _____ indique en effet que depuis la transplantation, la fonction rénale de l'assuré est bonne et stable, et qu'il peut reprendre à 50 % et progressivement jusqu'à 100 %, l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, à savoir qu'il doit éviter tout travail physique lourd, le port de charge de plus de 5 kg, le travail de nuit, l'exposition à des poussières ou à des substances potentiellement contaminées par des germes, le travail à l'extérieur et il est préférable qu'il exerce un emploi à horaires réguliers. La Dresse précise également que l'assuré s'est énormément affaibli, qu'il a perdu beaucoup de poids et souffre d'une importante fonte musculaire. Etant donné la faiblesse de ses membres inférieurs, l'assuré ne doit pas travailler sur une échelle ou un échafaudage et doit éviter de monter des escaliers de manière prolongée. L'OAI a mis en place une mesure d'observation professionnelle à 50 % en septembre 2012, puis une mesure d'entraînement à l'endurance d'octobre 2013 à mars 2014, lesquelles ont échoué en raison de la fatigue et des douleurs présentées par l'assuré. La responsable de la réadaptation professionnelle de l'OAI a mis un terme au mandat de réadaptation le 13 mars 2014. Malgré l'échec de ces mesures, la Dresse R. _____ confirmait, dans son certificat médical du 28 avril 2014, que la reprise d'une activité professionnelle à un taux d'activité de 50 % était possible sur le plan somatique et que ce taux pourrait être progressivement augmenté jusqu'à 100 % par des mesures professionnelles progressives. Dans un courriel du 7 mars 2017, la Dresse R. _____ indique que le recourant a eu une récurrence de sa maladie sur le greffon, ayant nécessité un traitement immunosuppresseur plus lourd de juin à décembre 2016, et que sa capacité de travail sur le plan somatique est actuellement de 50 %. Il n'y a toutefois pas lieu, dans le cadre du présent litige, de tenir compte de ces éléments dans la mesure où ils sont postérieurs à la décision attaquée. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la

- 22 - décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). On peut au demeurant préciser qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé physique du recourant n'est actuellement pas décisive au vu de l'issue du présent litige. Au moment où la décision litigieuse a été rendue, l'OAI était donc fondé à retenir que, sur le plan somatique, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dès le 1er décembre 2010 et entière au moins dès le 11 avril 2015 dans une activité adaptée. b) Sur le plan psychique, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI. Dans son rapport d'expertise, le Dr V. _____ retient pour diagnostic une dysthymie et dysphorie (F34.1), qui est toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Sur plan clinique, il constate en particulier qu'aucun tableau psychopathologique bien déterminé ne se dégage et que les quelques items significatifs évoqués sont en majeure partie déterminés par des notions subjectives de l'assuré et sont très faiblement concordants avec les observations de l'expert. Il conclut que

l'essentiel de la problématique tient au fait que l'assuré, pour des raisons personnelles, n'a pas fait le pas d'accepter sa maladie, ni de s'impliquer vers une autre activité professionnelle, ce qui n'a rien à voir avec une quelconque atteinte psychique. Dans son rapport du 16 juin 2015, la Dresse R. _____ met quant à elle en évidence divers symptômes de la lignée dépressive, à savoir que l'assuré a perdu son élan vital, n'arrive pas à se projeter, dort mal, mange très peu, s'énerve facilement, présente de multiples plaintes somatiques mal systématisées, n'est intéressé à rien et rumine ses problèmes. Elle évoque également une certaine faiblesse psychologique, dont elle avait déjà fait mention dans ses rapports des 9 janvier 2013 et

- 23 - 28 avril 2014, en ce sens que l'assuré se montre extrêmement angoissé et stressé dans le cadre de toute activité professionnelle nouvelle. Dans son rapport du 17 octobre 2015, le Dr K. _____ soutient pour sa part que son patient souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant. A ce propos, le Dr V. _____, tout en admettant que la palette des symptômes présentés par le recourant pouvait laisser penser au tableau d'une somatisation, s'est abstenu de retenir un tel diagnostic, au motif qu'il n'y avait aucune problématique sous-jacente visible qui pouvait confirmer que le recourant n'avait pas d'autres moyens d'expression que la sphère corporelle. Cet argument, qui revient à dire que le recourant posséderait des ressources d'expression psychiques, ne semble apparemment pas tenir compte du fait que le recourant n'a jamais accepté sa maladie (cf. rapport d'expertise p. 14 et 16) et n'apparaît pas en mesure de traverser par un travail psychique les épreuves qu'il a subies. Compte tenu des doutes quant à la présence d'un trouble somatoforme douloureux chez le recourant, auxquels s'ajoute l'absence de discussion par le Dr V. _____ des effets psychiatriques du traitement immunosuppresseur lourd pris par le recourant, une expertise judiciaire a été ordonnée. Dans son rapport du 27 février 2017, le Dr S. _____ confirme le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr V. _____ et y ajoute celui de trouble d'anxiété généralisée. Il expose de manière détaillée les motifs qui l'ont conduit à retenir ces diagnostics et à écarter celui de trouble somatoforme douloureux. Il précise notamment les raisons pour lesquelles le diagnostic d'anxiété généralisée n'a pu être posé que tardivement et précise également que l'évaluation s'est avérée particulièrement difficile (cf. rapport d'expertise p. 11). De même, il évoque, tout comme le Dr V. _____, la démotivation du recourant, qui constitue un aspect non médical de sa problématique. Son rapport d'expertise répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des documents médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a) et emporte la conviction de la Cour de céans. Le Dr S. _____ énumère de manière précise les limitations fonctionnelles du recourant : manque de capacités adaptatives,

- 24 - fragilité face au stress même dans la vie ordinaire, incapacité à planifier et structurer les tâches ainsi qu'à analyser une situation et prendre les décisions adéquates en cas de sur-sollicitation, fatigue, fatigabilité, manque d'endurance, problèmes relationnels, irritabilité. Au final, il retient une incapacité de travail pour raisons psychiques de 50 % depuis le 23 septembre 2009, soit une année après la greffe rénale. c) Il ressort de ce qui précède que le recourant a retrouvé une capacité de travail physique de 50 % dans une activité adaptée dès le 1er décembre 2010 puis de 100 % dès le 11 avril 2015 au moins, mais a, pendant toute cette période, présenté une incapacité de travail pour raisons psychiques de 50 %, incapacité qui perdure actuellement. En résumé, sa capacité de travail est de 50 % depuis le 1er décembre 2010. Le fait que les mesures d'ordre professionnel mises en œuvre se sont soldées par des échecs ne permet pas, à lui seul, de contester la

capacité de travail théorique retenue, comme le soutient le recourant. Le Dr S._____ relève en effet qu'une partie du comportement d'invalidé du recourant doit être associée à une position psychologique d'impuissance et de régression qui ne saurait être assimilée à une maladie (cf. rapport d'expertise p. 15). Il indique rejoindre sur ce point le Dr V._____. Celui-ci estimait que l'échec de ces mesures était principalement lié à la perception subjective qu'a le recourant de sa situation (rapport d'expertise p. 15), laquelle n'est pas déterminante pour l'examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En effet, en ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception

- 25 - subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4). 7. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, le montant 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, à l'âge, aux

- 26 - années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au 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 (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). b) En l'espèce, l'OAI, qui s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr S._____ par l'intermédiaire de l'avis du SMR du 20 mars 2017, a procédé à un nouveau

calcul du degré d'invalidité le 31 mars 2017. Il s'est cependant fondé sur les données statistiques de l'ESS 2011 alors qu'il aurait dû utiliser les nouvelles tables ESS actualisées à l'année 2014 et les indexer à l'année 2015, date de la décision litigieuse et de la modification possible du droit à la rente. Si l'on se réfère à ces données ESS 2014 (TA 1, niveau de compétences 1), le revenu mensuel de référence pour un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) est de 5'312 fr. pour une semaine de 40 heures. Après adaptation de ce salaire à l'horaire hebdomadaire de travail dans les entreprises en Suisse en 2015, c'est-à-dire 41,7 heures, et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (+0,4 %), on obtient un revenu annuel de 66'718 fr. 95. Le taux d'abattement de 20 % appliqué par l'OAI afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation du recourant paraît tout à fait adéquat et le recourant ne le critique d'ailleurs pas. Le revenu avec invalidité (pour un taux d'occupation de 50 %) se monte en définitive à 26'687 fr. 55. Il ressort des documents au dossier que le dernier salaire annuel effectivement perçu par le recourant s'élevait à 78'000.- en 2004 avant sa période de chômage puis son atteinte à la santé, si bien que son revenu sans invalidité se serait monté à 88'223 fr. 10 en 2015 après indexation (selon l'indice suisse des salaires nominaux). Il en résulte un degré d'invalidité de 69,75 %, qu'il y a lieu d'arrondir à 70 % (cf. ATF 130 V 121). c) En conclusion, si la capacité de travail du recourant s'est améliorée sur le plan somatique depuis les décisions d'octroi de rente des 22 février et 22 mars 2010 (cf. consid. 6a), sa capacité de travail sur le plan psychique est diminuée depuis septembre 2009, si bien que le

- 27 - recourant présente toujours un degré d'invalidité suffisant pour justifier le maintien du droit à une rente entière d'invalidité. Les conditions d'une révision du droit à la rente ne sont par conséquent pas réalisées. 8. a) En conséquence, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 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 de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'800 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). d) 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 (code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), 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 et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 28 - Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Kathrin Gruber. Me Gruber a produit le 12 septembre 2016 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant jusqu'à cette date. Son activité, qui a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le

cadre de l'accomplissement du mandat confié, s'élevait à 11 heures et ses débours à 50 francs. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) et de la TVA au taux de 8 %, cela représente un montant total de 2'192 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée jusqu'au 12 décembre 2016. Si on y ajoute les opérations effectuées depuis lors (courriers des 14 novembre 2016, 12 mars et 6 avril 2017), il faut constater que l'indemnité d'office reste totalement couverte par les dépens à hauteur de 2'800 francs.

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