

VD_GERICHTE ZD16.028499 vom 6. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.028499

FR: VD_GERICHTE ZD16.028499 du 6 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.028499 del 6 novembre 2017

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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin

- 16 - 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). b) Selon l'art. 93 let. a 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. En l'espèce, le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2). b) Le recourant ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle concerne le droit à une rente entière du 1er août 2012 jusqu'au 31 janvier 2013. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect de la décision entreprise, qui ne prête pas flanc à la critique. On relèvera à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous

- 17 - ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 no 2190). Dans le cas d'espèce, l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% dès le jour de son accident, soit le 21 février 2011. Dès lors qu'il n'a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI que le 26

janvier 2012, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1er août 2012. Le recourant conteste en revanche le refus de rente pour la période dès le 1er février 2013. Est ainsi singulièrement litigieuse la question de savoir s'il a présenté, dès le 1er novembre 2012 (cf. l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra), une amélioration durable de son état de santé, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors, dans le sens de sa suppression.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 18 - L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 ne soit à craindre.

E. 4

a) 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

- 19 - 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 références citées). 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, 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. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par

- 20 - la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du

E. 6

Sur le plan économique, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit en l'occurrence 2012 (cf. consid. 3a supra).

- 33 - a) 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, en l'occurrence 2014, 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'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon le rapport de l'employeur du 13 février 2012, le salaire mensuel de l'assuré au 1er janvier 2012 s'élevait à 5'446 fr. 50. Le revenu sans invalidité déterminant pour 2012 est ainsi de 70'804 fr. 50 (13ème salaire compris, selon l'art. 19 de la Convention collective de travail du second-œuvre romand), comme retenu à juste titre par l'intimé. b) S'agissant du revenu

d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur l'Enquête sur la structure des salaires (ESS). En l'absence d'activité effectivement exercée par l'assuré dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (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). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). 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 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).

- 34 - Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2012, il y a lieu de se référer à l'ESS de cette même année (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), et non l'ESS de 2010, comme le fait le recourant. C'est également à tort que l'assuré a adapté le salaire de référence selon l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2015, l'année déterminante pour la comparaison des revenus étant 2012. Selon l'ESS 2012, le salaire médian des hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé est de 5'210 fr. (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n° 1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel adaptation s'élève à 5'431 fr. 40, soit 65'177 fr. 10 annuellement. Il n'y a pas lieu de réduire ce salaire de 25% comme le soutient le recourant, l'exigibilité dans une activité adaptée étant entière. L'intimé a retenu un taux d'abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles affectant le recourant, ainsi que de son âge. Cette appréciation n'est pas critiquable, dès lors qu'elle tient correctement compte de l'ensemble des circonstances personnelles de l'intéressé. Le recourant ne convainc pas lorsqu'il soutient que sa situation justifie une réduction de 15%. En particulier, le fait qu'il n'ait pas de formation professionnelle achevée ne fait pas partie des critères déterminants justifiant une réduction du revenu de référence. Comme relevé par l'intimé, les salaires fixés par l'ESS pour les activités professionnelles de niveau de qualification 1 (tâches manuelles ou physiques simples) recouvrent précisément des activités ne nécessitant aucune formation spécifique. L'obésité alléguée par le recourant ne justifie pas non plus un abattement supplémentaire. D'une part, le Dr O. _____ a posé le diagnostic de pré-obésité, et non d'obésité. Le Dr B. _____ s'est quant à lui limité à signaler un excès pondéral, sans qualification aggravante. D'autre part, et en tout état de cause, le surpoids du recourant reste modéré et ne justifie ni une réduction de la capacité de travail, ni un abattement sur le revenu d'invalidé. On relèvera à cet égard que le recourant fait valoir que ce surpoids est de nature à restreindre ses

- 35 - facultés de déambulation. Or, même à admettre que tel soit le cas, la gêne resterait minime et n'empêcherait ni ne réduirait les perspectives d'exercer une activité légère sédentaire adaptée telle que préconisée par le SMR. L'assuré ne peut pas non plus faire valoir une limitation de ses capacités d'adaptation, prétendument induite par la durée de sa dernière activité professionnelle : lors de son stage à E. _____, les examinateurs ont au

contraire observé de bonnes facultés intellectuelles et d'apprentissage. L'assuré s'était montré capable d'appliquer rapidement des règles d'usage. Il avait démontré une bonne capacité d'apprentissage par la pratique, comprenant bien les consignes démonstratives et ne rencontrant aucun problème avec toutes les activités proposées. Instruit, il parlait et lisait bien le français ; il avait également obtenu de bons résultats en mathématiques (cf. rapport de synthèse du 20 septembre 2013). Ces différents éléments ne vont pas dans le sens d'une faculté d'adaptation réduite. Enfin, le recourant ne peut tirer aucun argument de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2008 cité à l'appui de son recours. D'une part en effet, les deux situations ne sont pas identiques. D'autre part, dans son arrêt, la Haute Cour a limité son examen à la question de savoir si l'autorité cantonale avait exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit (excès positif ou négatif du pouvoir d'appréciation, cf. ATF 132 V 393). En définitive, il ne figure au dossier aucun élément justifiant de revenir sur le taux d'abattement de 10% fixé par l'intimé. Après déduction de 10% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité déterminant pour l'année 2012 s'élève à 58'659 fr. 30 (65'177 fr. 10 x 90 : 100). c) La comparaison des revenus sans et avec invalidité précités aboutit à un préjudice économique de 12'145 fr. 20 (70'804 fr. 50 – 58'659 fr. 30). Le taux d'invalidité qui en découle, de 17% ([12'145 fr. 20 : 70'804 fr. 50] x 100), ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

- 36 - A l'instar de l'intimé, on remarquera encore que même à prendre un taux d'abattement de 15%, le taux d'invalidité, de 22% compte tenu d'une exigibilité de 100%. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que la situation de l'assuré avait connu une amélioration durable dès le 1er novembre 2012, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors. Cette amélioration ayant durée plus de trois mois, elle justifie une révision du droit à la rente, soit, in casu, sa suppression, à partir du 1er février 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

E. 7

a) En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. 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 ; 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. et devraient être mis 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 au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPG). c) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des frais de justice et la commission d'office d'un avocat en

- 37 - la personne de Me David Métille à compter du 12 juillet 2016 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les frais de justice et la rémunération de l'avocat d'office sont provisoirement

supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Par courrier du 16 octobre 2017, Me Métille a produit une liste de ses opérations, faisant état d'un temps consacré au dossier de 19 heures et 15 minutes (dont 15 heures et 15 minutes ont été effectuées par une avocate-stagiaire). Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat, de sorte que le montant des honoraires doit être arrêté à 2'589 fr. 30, TVA à 8 % comprise (4h à 180 fr. et 15h15 à 110 fr. [art. 2 al. 1 let. a et b RAJ]). Il y a lieu d'ajouter des débours par 37 fr. 35 (art. 3 al. 3 RAJ), TVA à 8 % incluse. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 2'626 fr. 65, TVA comprise.

- 38 -

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