

VD_GERICHTE ZD16.045486 vom 11. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.045486

FR: VD_GERICHTE ZD16.045486 du 11 décembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.045486 del 11 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

E. 2

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement professionnel.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 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 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 prévoit qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

- 11 - 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (al. 2). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité ; 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 trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à

accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. b) 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 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

- 12 - 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b). Par reclassement, il faut entendre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence ne se rapporte pas tant au niveau de formation qu'à la possibilité de gain qu'on peut attendre

- 13 - d'un reclassement. En principe l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées au but de la réadaptation, mais pas aux mesures les meilleures possible d'après les circonstances du cas (ATF 124 V 108 et les références citées, en particulier ATF 122 V 79, 121 V 260, 118 V 212 et 110 V 102). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b

précité ; TF 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.1, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/2007 du 15 février 2008 consid. 4.3, I 938/2006 du 29 octobre 2007 consid. 4.1 et I 170/2006 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2.4 et 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/2003 du 4 mai 2004 consid. 2.2 ; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références citées). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/2006 du 13 juin 2007 consid. 3.2 ; TFA I 370/1998 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

E. 4

Le recourant conteste en l'occurrence, sur le plan médical, que son état de santé lui permet, dès juillet 2014, l'exercice à 100 % d'une activité adaptée, comme l'a retenu l'intimé. Il lui oppose l'opinion du Dr

- 14 - N._____ pour lequel une reprise de travail est possible en plein, dès le 19 septembre 2015, dans une activité respectant des restrictions fonctionnelles (à savoir : éviter les ports de charges lourdes, les mouvements brusques, épargne du genou droit, du membre supérieur et de l'épaule gauche), avis que partageraient tant les médecins traitants que ceux de la CNA. A suivre le recourant, l'OAI ne saurait se fonder sur l'avis SMR du 13 mai 2016 « laconique » sous peine de se livrer à une instruction médicale incomplète. Le Dr I._____ du SMR n'exposerait pas les motifs qui le conduisent à estimer que la nouvelle limitation à l'épaule gauche ne modifie pas l'exigibilité à 100 % dans une activité adaptée précédemment retenue. Or les « importantes » limitations au genou droit et à l'épaule gauche ont motivé un nouveau séjour à la CRR à l'automne 2016. Des mesures de reclassement s'avèreraient nécessaires pour évaluer l'exigibilité du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée étant admis que l'incapacité de travail totale dans l'activité usuelle de chauffeur-livreur ouvrirait per se le droit à de telles mesures d'ordre professionnel. Le recourant en conclut que l'inadéquation d'un reclassement professionnel lui ouvrirait le droit à la rente entière.

E. 5

a) Au terme de son instruction, l'OAI a constaté une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Bien qu'il n'ait – à tort – pas précisé dans la décision litigieuse les limitations fonctionnelles qu'il tenait pour établies, on comprend qu'il s'agit des restrictions retenues par les Drs M._____ et I._____ aux termes de leurs avis SMR des 16 février 2015 et 13 mai 2016, à savoir : pas de longues marches ni de longues stations debout, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'agenouillements ni accroupissements, pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de mouvements répétitifs des coudes, pas d'usage fréquent d'escaliers et épargne du membre supérieur gauche. b) De nombreux examens ont été pratiqués depuis le dépôt de la demande de

prestations, en particulier lors de deux séjours, en 2014 et 2016, auprès de la Clinique romande de réadaptation de la CNA. Les rapports de sortie établis à ces occasions par les spécialistes de la CRR confirment le bien-fondé du constat de l'intimé relatif à une pleine

- 15 - capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations somatiques. Dans le rapport du 31 juillet 2014, les Drs Y. _____ et Z. _____ ont attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 8 août 2014, avec un bon pronostic de réinsertion dans l'activité professionnelle habituelle de chauffeur-livreur. Les limitations fonctionnelles provisoires portaient sur les longs trajets, la marche sur terrain irrégulier, les mouvements répétitifs des membres inférieurs et le port de lourdes charges. Dans le rapport du 9 février 2017 – qui tient compte des conséquences de la chute dans des escaliers du 18 février 2016 – les Drs H. _____ et O. _____ ont estimé que les restrictions fonctionnelles n'étaient pas plus étendues, à l'exception de la mention d'une contre-indication au maintien prolongé d'une position accroupie ou à genoux. La capacité de travail constatée par l'intimé respecte parfaitement ces limitations fonctionnelles. En ce qui concerne les troubles à l'épaule gauche annoncés à l'été 2015 par le nouveau médecin traitant de l'époque (le Dr N. _____) le suivi a été assuré par le Dr F. _____. Dans son rapport du 14 juillet 2015, ce médecin mentionnait une atteinte (partielle) du sus-épineux gauche sur plus de 50% de son épaisseur et une lésion de type SLAP II, avec un possible geste chirurgical. L'OAI a estimé par la suite que la prise en charge chirurgicale annoncée n'avait pas eu lieu étant admis qu'un tel geste n'aurait de toute manière pas modifié l'exigibilité totale dans une activité adaptée (avis SMR du 13 mai 2016). Cette appréciation doit être partagée. En effet, le Dr F. _____ a confirmé à la CNA qu'une arthro-IRM récente montrait « une lésion qui est un tout petit peu plus petite que sur l'IRM d'il y a une année mais avec une lésion de type SLAP II C qui, elle est toujours là » (rapport d'arthro-IRM du 14 juillet 2016). En octobre-novembre 2016 à la CRR, en présence d'une arthro-IRM du 7 juillet 2016 qui montrait des lésions inchangées par rapport à l'examen de juillet 2015, il a été tenu compte du diagnostic de douleurs à l'épaule posé par les Drs H. _____ et O. _____ dans la fixation des restrictions fonctionnelles, soit en l'occurrence éviter « les ports répétés de charge[s] supérieures à dix kilos ». Le 27 avril 2015, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait déjà fait part d'une gêne dans le soulèvement de charges importantes en raison de la symptomatologie douloureuse

- 16 - persistante au genou droit, à l'épaule gauche et de la région lombaire. Il convient donc d'admettre sur la base de l'ensemble de ces constatations que dans le courant du mois d'août 2014, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations somatiques retenues, et qu'il a conservé cette capacité malgré sa chute dans des escaliers en février 2016. Le recourant se réfère à ses médecins, les Drs N. _____ et B. _____. Les attestations d'incapacité de travail totale établies par le premier nommé pour la période du 17 décembre 2013 au 18 septembre 2015, ne sont pas suffisamment motivées pour mettre sérieusement en doute le constat des spécialistes de la CRR et des médecins du SMR sur ce point. Pour sa part, le Dr B. _____ ne pose aucune constatation relative à la capacité résiduelle de travail. Il estime toutefois que l'« accident » du 18 février 2016 a péjoré les séquelles du genou droit et à l'épaule gauche. Un tel raisonnement ne convainc pas. A supposer que l'événement de février 2016 ait pu entraîner une incapacité de travail totale pendant quelques semaines en raison d'épisodes de blocages fréquents (rapport du

E. 9

mai 2016 du Dr P. _____), celle-ci n'a cependant pas été durable au vu du second rapport des médecins de la CRR. Selon ce document, la seule raison pour laquelle le pronostic est défavorable, en relation avec la reprise du travail dans une activité adaptée depuis l'automne 2016, découle de l'absence de qualification professionnelle chez un patient maîtrisant mal le français. Les problèmes linguistiques tout comme le manque de formation professionnelle constatée sont des facteurs non-médicaux qui sont étrangers à l'invalidité, et dont l'intimé n'a pas à tenir compte pour l'appréciation de cette notion. Enfin, l'incapacité de travail attestée jusqu'au 12 décembre 2016 par les médecins de la CRR ne concerne pas la capacité de travail dans une activité adaptée, mais dans l'activité habituelle. On doit par conséquent admettre qu'une hospitalisation accompagnée d'une incapacité de travail de brève durée n'est pas susceptible de remettre en cause le constat d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée recouvrée dans le courant du mois d'août 2014.

- 17 - 6. Le recourant ne soulève aucun grief relatif au calcul du taux d'invalidité (ou l'évaluation de la capacité résiduelle de gain) tel qu'effectué par l'OAI sur la base notamment des renseignements recueillis auprès de l'ancien employeur et par référence aux valeurs statistiques de l'enquête de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) sur la structure des salaires (ESS), données indexées jusqu'en 2014 (année d'ouverture du droit à la rente ; ATF 128 V 174 consid. 4a). En l'absence de griefs, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce calcul qui, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique. Au vu du degré d'invalidité nul constaté, le recourant ne peut prétendre ni rente ni mesure de réadaptation professionnelle (reclassement). Contrairement à ce que soutient le recourant sur ce dernier point, une incapacité de travail dans l'activité habituelle n'ouvre en principe pas droit, pour un taux d'invalidité très inférieur à 20 %, à des mesures de réadaptation professionnelle (cf. consid. 3c supra). 7. Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). b) 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 (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que ce dernier n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g a contrario LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs,

- 18 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 14 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X. _____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier :

- 19 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - April Suisse LIS SA (pour X. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110),

cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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