

VD_GERICHTE ZD18.001722 vom 24. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.001722

FR: VD_GERICHTE ZD18.001722 du 24 juin 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.001722 del 24 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (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

- 18 - 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. b) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16

LPGA).

E. 4

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) 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

- 19 - 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 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors

- 20 - en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

E. 5

a) Sur le plan somatique, les experts du Centre E. _____ et de la Clinique AN. _____ ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de traumatisme de la cheville droite, avec fracture de pseudo-Jones du pied droit, compliquée de pseudarthrose. Tant le Prof. V. _____ et la Dresse U. _____, que les Dresses AF. _____ et AC. _____ ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont relevé que l'assuré pouvait effectuer un travail en position assise (Centre E. _____), évitant les marches prolongées, les ports de charges moyennes à lourdes, les montées et descentes répétitives d'escaliers, les stations debout prolongées, ainsi que les positions à genoux ou accroupies ([...]). Bien que formulées de manières différentes, les limitations fonctionnelles affectant le recourant sont concordantes pour l'ensemble des experts. Ces limitations étaient justifiées pour ceux-ci par l'atteinte orthopédique résultant de l'accident. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas de diagnostic justifiant la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail. Le rapport d'expertise du Centre E. _____ et celui de la Clinique AN. _____ ont fait suite à plusieurs examens de l'intéressé, sur les plans orthopédique, neurologique et psychiatrique. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier radiologique du recourant. Ils tiennent notamment compte des avis médicaux postulés par les spécialistes consultés par le recourant. De plus, les plaintes du recourant ont été détaillées et prises en considération. La description du contexte médical est claire. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. Ces deux expertises remplissent ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il convient de se rallier à leurs conclusions concordantes. S'agissant de la date à partir de laquelle l'assuré a présenté

- 21 - une capacité de travail entière dans une activité adaptée, les experts du Centre E. _____ ont retenu le 15 avril 2016, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale. Il convient ainsi de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 15 avril 2016. Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent. Les rapports des 2 et 23 novembre 2015 des spécialistes du Centre hospitalier C. _____ concluent certes à une incapacité de travail entière, mais pour cette période, une telle incapacité n'est pas contestée (cf. rapports des 1er et 31 décembre 2015 du Dr F. _____). Dans ses rapports des 6 avril, 2 juin et 2 septembre 2016, la Dr Q. _____ conclut à une incapacité de travail totale, mais sans préciser si cela concerne l'activité habituelle ou toutes autres activités. Ces documents, établis à l'attention du médecin-conseil de l'assureur-accident ne sont ainsi guère probants dans le cadre de la décision litigieuse. Dans son rapport du 17 juillet 2017, le Dr AB. _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, exposant les difficultés rencontrées par le recourant, mais sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même des rapports du Dr AO. _____ produit dans le cadre du recours. En outre, les divers rapports radiologiques produits au dossier ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant mais constituent des constats à l'attention des médecins consultés par l'intéressé. Dans leur rapport du 13 juin 2016, la Dresse K. _____ et le Dr L. _____ concluent également à une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle, mais relèvent que des activités en position assise pouvaient encore être exigées sans toutefois expliciter les raisons qui empêchaient le recourant de reprendre une telle activité. Or, le rapport de la Clinique AN. _____ a

permis d'expliquer ces motifs, montrant de manière probante la prévalence des facteurs non médicaux chez l'assuré. La Clinique AN._____ a relevé l'importance des facteurs contextuels Elle a mis en évidence un expertisé très fixé sur ses douleurs et sur ses

- 22 - limitations. En outre, d'évidentes incohérences ont été constatées lors du séjour à la Clinique AN._____. Les experts ont en effet pu observer que le recourant déclarait ne pas pouvoir charger le pied et se mettre debout au moment des examens médicaux, alors qu'il a été observé marchant sans moyen auxiliaire en dehors des examens. Or, un tel constat n'est pas compatible avec l'ampleur des plaintes exprimées par le recourant. En définitive, le recourant n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière, de sorte que dites conclusions emportent la conviction de l'autorité de céans. b) Sur le plan psychique, le rapport médical du Dr AP._____ et de la psychologue AQ._____ du 20 avril 2018, ainsi que les certificats médicaux du Dr AP._____ des 20 avril et 30 avril 2018 n'attestent pas de problèmes psychiatriques qui seraient antérieurs à la consultation de ces spécialistes, soit au mois de janvier 2018. Ceux-ci ont décrit l'état de santé du recourant à ce moment-là et ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables antérieurs à la décision litigieuse, qui auraient échappé à l'instruction menée par l'intimé. De plus, il y a lieu de relever que le recourant a fait l'objet d'un examen psychiatrique à la Clinique AN._____ le 4 août 2017 et qu'à cette occasion, la Dresse AI._____ n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique, exposant une présentation clinique marquée principalement par des problèmes assécurologiques. Dans ce contexte, il n'est pas établi – au degré de la vraisemblance prépondérante – que l'assuré présentait une pathologie psychiatrique incapacitante au moment de la décision litigieuse le 27 novembre 2017 ni même qu'il existe le moindre doute à ce sujet.

- 23 - c) Il ressort de ce qui précède que l'OAI était fondé à retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 15 avril 2016.

E. 6

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intentions de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du

E. 11

mars 2014 consid. 6 ; 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGa). b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation

professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés

- 24 - équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). b) aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

- 25 - 7. En l'espèce, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée est exigible comme l'ont exposé les experts du Centre E._____ et de la Clinique AN._____. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est l'année 2016. Le salaire sans invalidité fixé par l'intimé en référence au rapport établi par J._____ le 7 juillet 2016 (44'400 fr.) ne prête pas flanc à la critique et doit être confirmé. S'agissant du salaire avec invalidité, en l'absence de revenu effectivement réalisé, l'OAI s'est basé sur les données résultant de l'ESS. Le salaire mensuel brut fixé par l'ESS 2012 pour les hommes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 5'210 fr., part au treizième salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2013, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 5'431 fr. 43 par mois (5'210 fr. x 41,7 h ÷ 40 h), correspondant à un montant de 65'177 fr. 10 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires

nominaux de 2013 à 2016, ce qui conduit à un gain annuel de 66'688 fr. 73 (+ 0,7 % + 0,8 % + 0,4 % + 0,4 % + [La Vie économique, tableau B 10.2]). C'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'une réduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Ce qui aboutit à un revenu avec invalidité de 60'019 fr. 86 (66'688.73 – 10 %). La comparaison des revenus avec et sans invalidité montre qu'il n'y a pas de préjudice économique, de sorte que l'assuré n'a pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

- 26 - 8. a) En conclusion, 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avance et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (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). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). d) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, Me Bridel a été indemnisé et relevé de sa mission de conseil d'office par décision de la juge instructeur du 19 décembre 2018.

- 27 - En l'espèce, Me Fetahi a produit une liste de ses opérations le 23 avril 2019 pour la période du 1er janvier au 23 avril 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des prestations d'avocat (37 minutes à 180 fr./heure, soit 111 fr.) et des débours de 5 % selon l'art. 3bis al. 1 RAJ (5 fr. 55) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Fetahi s'élève donc à 125 fr. 50, y compris la TVA de 7,7 %. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

- 28 -