

VD_GERICHTE ZD18.035798 vom 27. Februar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.035798

FR: VD_GERICHTE ZD18.035798 du 27 février 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.035798 del 27 febbraio 2019

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 247/18 - 60/2019 ZD18.035798 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 27 février 2019 _____ Composition : M. PIGUET, président Mmes
Dessaux et Berberat, juges Greffière : Mme Monod ***** Cause pendante entre :
I. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 8, 16 LPGA ; art. 8 et 28
LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, est entré en
Suisse en 2004. Sans formation professionnelle, il a exercé essentiellement des activités de
chauffeur-livreur, notamment au sein de la société H. _____ SA jusque dans le courant de
l'année 2013. Il a depuis lors émargé à l'assurance-chômage. En date du 2 février 2015, il
s'est fracturé le tibia et le péroné à la suite d'une chute. Il a été pris en charge au sein de
l'Hôpital D. _____ où le Dr C. _____, médecin-chef, a procédé à une ostéosynthèse
de la fracture. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 2 février 2016. B. L'assuré a requis
des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 17 mai 2016 auprès de
l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
L'OAI a recueilli les rapports établis par le Dr C. _____ à l'attention du Dr B. _____,
médecin généraliste traitant (cf. rapports des 9 octobre 2015, 5 février 2016 et 18 février
2016). Le spécialiste précité a fait état d'une évolution favorable depuis l'opération, l'assuré
ayant recouvré dès juin 2015 une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée,
soit sans marche sur des terrains irréguliers ou sur des échelles, ni port de charges
supérieures à 20 kg et sans position accroupie. Sollicité pour avis, le Service médical
régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr F. _____, s'est rallié à
l'appréciation du Dr C. _____ dans un rapport du 18 octobre 2017. Par projet de décision
du 15 février 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui nier le droit à une rente
de l'assurance- invalidité. Il ne subissait aucun préjudice économique étant donné sa
capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

- 3 - Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du Dr
B. _____ du 25 juin 2018, sollicitant une « requalification professionnelle ». Était
annexé un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du Dr Y. _____,
spécialiste en radiologie, du 22 juin 2018, lequel mettait en évidence des discopathies
débutantes en L4-L5 et L5-S1. Le SMR a considéré que ces données médicales demeuraient
sans incidence sur les limitations fonctionnelles définies antérieurement (avis du 9 juillet
2018). L'OAI a dès lors établi une décision de refus de rente le 12 juillet 2018, confirmant
les termes de son projet de décision du 15 février 2018. C. L'assuré a manifesté son
désaccord avec la teneur de la décision précitée par correspondance à l'OAI du 14 août
2018, que ce dernier a fait parvenir à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

comme objet de sa compétence le 17 août 2018. Confirmant le 3 septembre 2018 que son écriture à l'OAI devait être considérée comme un recours contre la décision du 12 juillet 2018, l'assuré a conclu implicitement à son annulation et à l'octroi d'un reclassement professionnel. Par réponse du 2 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que l'activité adaptée accessible à l'assuré ne requérait pas la mise en œuvre de mesures de reclassement. E n d r o i t : 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)

- 4 - s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et transmis au tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Malgré son caractère succinct, il respecte globalement les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. 3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

- 5 - 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 4. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). c) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité

(art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain

- 6 - peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). 5. 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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

- 7 - 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 6. a) En l'occurrence, le Dr C._____ a fait état de ce qui suit dans son rapport du 9 octobre 2015 au Dr B._____ : [...] J'ai revu la situation du patient et constate un résultat favorable à 8 mois de l'intervention précitée [réd. : ostéosynthèse du 4 février 2015]. Le patient mentionne quand même encore des plaintes locales en regard du matériel d'ostéosynthèse. Dans un travail comme livreur qui nécessite régulièrement le port de charges, j'estime cette activité professionnelle à environ 50 %. Par contre, dans une activité adaptée légère, sans port de charges de > de 20 kg régulières, sans position accroupie, ni marche dans des terrains irréguliers ou sur des échelles, le patient est capable de travailler à plein temps, ceci déjà depuis le mois de juin 2015. Ses limitations peuvent être améliorées avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui pourra être envisagée au plus tôt à 1 année post-opératoire [...]. Le 18 février 2016, le Dr C._____ s'est exprimé en ces termes dans un nouveau rapport médical : [...] Suite aux plaintes mentionnées par le

patient en regard du matériel d'ostéosynthèse, je lui ai proposé d'effectuer une AMO [réd : ablation du matériel d'ostéosynthèse]. Cette intervention a été fixée au 02.02.2016 à l'Hôpital J._____. Par la suite, M. I._____ sera en arrêt de travail environ 3 à 4 semaines dans une activité debout et à la marche, puis il pourra reprendre une capacité professionnelle à 100 % dans le cadre d'une activité adaptée, en évitant la marche sur des terrains irréguliers, le port de charges de > 20 kg et la position accroupie. [...] Quant au SMR, il a repris l'appréciation du Dr C._____ en retenant l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par ce spécialiste à compter de juin 2015 (cf. rapport du 18 octobre 2017). b) Au stade de la procédure d'audition, le recourant a fait parvenir un rapport du Dr B._____ du 25 juin 2018, qui a communiqué les éléments suivants : [...] Monsieur I._____ demande une requalification professionnelle en raison de son état de santé. La profession actuelle est chauffeur- livreur à 50 % (le patient ne travaille plus depuis 2015).

- 8 - Le status montre une diminution modérée des amplitudes lombaires (soit distance main-sol = 10 cm, distance main-pied similaire) mais l'absence de signe neurologique évocateur de pathologie discale sévère, ni de sciatgie. L'IRM lombaire récemment pratiquée le 22 juin 2018 montre deux discopathies non protrusives L4-L5 et L5-S1. Absence de sténose canalaire lombaire. On note aussi un certain degré de déconditionnement musculaire lombaire. Une requalification dans un métier limitant le port de charges (soit une autre profession que chauffeur-livreur) et tenant compte des connaissances et de l'expérience professionnelles du patient serait souhaitable de manière à optimiser le taux d'activité et se rapprocher de 100 %. Les limitations actuellement admissibles sont : - pas de port de charge répété (plus de 20 kg) - pas de montée-descente répétée d'escaliers - postures de travail variées [...]. Eu égard à ce rapport, le SMR a considéré que les limitations fonctionnelles demeureraient identiques à celles énumérées par le Dr C._____, ce qui ne permettrait pas de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps (cf. avis médical du 9 juillet 2018). c) Compte tenu des pièces médicales versées au dossier du recourant, on ne peut que se rallier à l'appréciation du SMR, laquelle converge d'ailleurs avec celle de ses propres médecins. Il convient donc de confirmer que le recourant est effectivement doté d'une capacité de travail entière dans une activité légère, respectant les restrictions fonctionnelles décrites. Le recourant ne conteste au demeurant pas ce constat, étant précisé qu'il se limite à solliciter la mise en œuvre d'une mesure de reclassement et n'a produit aucun élément médical nouveau susceptible de faire douter de l'exigibilité retenue. 7. Au vu de la capacité résiduelle de travail reconnue au recourant, l'intimé a estimé que celui-ci pouvait réaliser, en 2016, un revenu de l'ordre de 67'000 fr dans une activité adaptée. L'intimé s'est référé sur ce point à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le calcul effectué ne prête pas flanc à la critique (cf. sur l'utilisation de l'ESS pour établir le revenu d'invalidé d'une personne assurée : ATF 126 V 75). Il ne fait l'objet d'aucun grief de la part du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y

- 9 - revenir plus en détail. Tout au plus précisera-t-on que l'intimé s'est référé au revenu standard ressortant de l'ESS pour des activités simples et répétitives, accessibles sans formation professionnelle particulière. Le taux d'invalidité résultant d'une comparaison des revenus hypothétiques sans et avec invalidité est nul, ce qui n'ouvre droit ni à une mesure de reclassement, ni à une rente. 8. a) Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit

être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 12 juillet 2018. b) 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). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représenté par un mandataire professionnel, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

- 10 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 12 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - I. _____, à [...], - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

- 11 - 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). La greffière :

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