

# **VD\_GERICHTE ZD19.023816 vom 20. August 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-08-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.023816](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.023816)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.023816 du 20 août 2020

IT: VD\_GERICHTE ZD19.023816 del 20 agosto 2020

## **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

- 10 - c) En l'espèce, le recours formé contre la décision du 18 avril 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

### **E. 2**

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

### **E. 3**

Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par le recourant, selon lequel l'OAI n'aurait pas transmis l'ensemble des pièces sur lesquelles la décision attaquée était fondée. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour

l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la

- 11 - décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). b) Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées). c) En l'espèce, la décision attaquée est motivée et indique les principaux éléments qui la fondent, conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Elle ne reprend certes pas toutes les pièces au dossier mais indique les éléments de fait pertinents et le résultat de l'instruction. Sur le plan médical, elle contient la description des limitations fonctionnelles retenues et se prononce sur la capacité dans l'activité habituelle du recourant et dans une activité adaptée. Sur le plan économique ensuite, le raisonnement entrepris est correctement décrit, notamment le calcul effectué afin de retenir un degré d'invalidité de 20,43%. En outre, on constate effectivement que l'accès au dossier a été garanti en tout temps durant l'instruction, y compris concernant l'avis médical SMR du 15 avril 2019. d) Au vu de ce qui précède, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est rejeté.

- 12 -

#### **E. 4**

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 (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 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). c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

## **E. 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

- 13 - 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 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 LPG), 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 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).

## **E. 6**

Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, une telle capacité de travail devait être limitée à 50%. a) En l'espèce, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée à l'occasion d'un rapport médical du 20 mai 2015 établi par les Drs D.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ à la suite d'un séjour à la [...]. Ces médecins

- 14 - ont retenu des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche ainsi qu'une rupture itérative du sous-scapulaire gauche à la jonction myo-tendineuse (arthro-CT scan du 09.02.2015), une arthroscopie de l'épaule gauche le 20 janvier 2014 avec suture du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et mobilisation sous anesthésie pour une capsulite rétractile, une chute sur l'épaule gauche le 31 octobre 2013 avec rupture complète transfixiante du tendon sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long chef du biceps, lésion fissuraire entre les sus- et sous-épineux, lésion partielle du pilier antérieur du sus-épineux (arthro-IRM du 20.11.2013), une arthrodèse de l'IPP du pouce droit en 2004, des troubles cognitifs légers de type MCI multi-domaine non-évolutifs et des lombalgies récurrentes. Les Drs

D.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans une activité de maçon, l'intéressé conservant dès le 6 mai 2015 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette position a été confirmée respectivement par le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, à l'occasion de l'examen final réalisé le 18 août 2016, par la Dre N.\_\_\_\_\_, également médecin d'arrondissement auprès de la CNA, le 5 juillet 2018 et par le SMR en date du 15 avril 2019. b) En l'occurrence, les conclusions du rapport d'évaluation réalisé par les médecins de la [...] peuvent être suivies. Il aborde de manière circonstanciée les différents points litigieux du cas d'espèce et se fonde sur un examen complet de la situation médicale du recourant, prenant en compte les plaintes de l'intéressé concernant les douleurs ressenties au niveau du membre supérieur gauche. Le recourant s'est soumis à une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Le score réalisé, soit de 100 points, traduit l'appréciation de l'intéressé de pouvoir réaliser des activités un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Des tests de charges ont également été effectués afin de déterminer avec précision l'étendue des limitations fonctionnelles du recourant. Les conclusions qui en résultent sont claires, détaillées et emportent conviction. Ainsi, et dans la mesure où l'atteinte à l'épaule gauche de

- 15 - l'assuré n'est pas son épaule dominante, une capacité de travail entière dans une activité adaptée apparaît pleinement envisageable. c) Si le rapport des médecins de la [...] date effectivement de 2015, aucun élément au dossier ne laisse entrevoir une évolution significative de l'état de santé de l'assuré, contrairement à ce qu'il soutient. aa) Le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 juillet 2018, admet certes un arrêt de travail de 50% sur 100% sur la base des plaintes du recourant. On ne distingue cependant pas les implications concrètes de la symptomatologie douloureuse sur la capacité de travail de l'intéressé, le Dr V.\_\_\_\_\_ n'indiquant pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Le raisonnement de ce dernier apparaît au surplus centré sur l'activité de chauffeur-livreur et n'indique pas une éventuelle diminution de la capacité de travail dans une autre activité, mieux adaptée à la symptomatologie de l'intéressé. bb) Le rapport du 4 février 2019 établi par les Drs M.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, succinct, ne laisse quant à lui pas entrevoir de changement substantiel de la situation de l'assuré. Ces médecins se contentent de relater la persistance de la symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche, cette dernière ayant été préalablement documentée. On remarque également que ces médecins s'abstiennent de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et confirment au surplus les limitations fonctionnelles à l'épaule gauche. Ils ne sauraient ainsi amener suffisamment d'éléments concrets afin de mettre en doute les conclusions des médecins de la CRR, respectivement afin de conclure en une modification sensible de l'état de santé de l'intéressé. cc) Quant au rapport établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, dans la mesure où ce dernier atteste d'une incapacité de travail postérieure à la décision litigieuse et qu'il s'abstient de définir quelles seraient les limitations qui auraient empêché le recourant de travailler à plus de 50%

- 16 - temporairement, il ne saurait se voir accorder une quelconque valeur probante. dd) Au surplus, on constate que les conclusions des Drs D.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ s'inscrivent dans la continuité des constatations du Dr F.\_\_\_\_\_. Ainsi, la situation médicale apparaît comme claire depuis le début de l'instruction, aucun élément ne laissant présumer une péjoration significative de l'état de santé de l'assuré. Les conclusions des médecins de la CRR conservent ainsi toute leur pertinence.

## E. 7

Le recourant conteste également l'avis du SMR du 15 avril 2019, ce dernier ne pouvant être suivi au vu des rapports médicaux contradictoires versés au dossier. a) L'avis du SMR du 15 avril 2019 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

- 17 - b) En l'espèce, l'avis SMR du 15 avril 2019 se fonde sur l'ensemble du dossier afin de conclure en une capacité de travail entière dans une activité adaptée et ce dès le 6 mai 2015. Le SMR reprend en particulier le rapport complet, circonstancié et probant établi le 20 mai 2015 par les médecins de la [...]. Par ailleurs, ces constatations ont été confirmées tant par les différents stages, ateliers, évaluations auxquels s'est soumis le recourant que par plusieurs éléments médicaux versés au dossier. Au vu de ce qui précède, l'avis du SMR établi par la Dre H. \_\_\_\_\_ permet d'apprécier de manière appropriée la situation médicale de l'assuré, spécialement si une modification sensible des circonstances est intervenue. L'avis précité peut ainsi être suivi.

## **E. 8**

Le recourant soutient ensuite que la résiliation de son contrat de travail auprès de [...] Sàrl et son engagement à taux partiel (50%) confirment une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée. En l'espèce, on voit mal quel argument le recourant entend tirer de la résiliation de ses rapports de travail. En effet, l'employeur a indiqué le motif de la résiliation, soit des raisons économiques liées à la perte d'une tournée journalière et, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a aucune raison d'en douter. Concernant le taux d'activité, le recourant a été engagé à 50%, non pas en raison d'une capacité de travail limitée, mais bel et bien parce que le poste en question était proposé à taux partiel. Ayant été dûment informé des conséquences d'un engagement à temps partiel (cf. courrier du 30 janvier établi par l'OAI et adressé au recourant, pièce n°102), le recourant s'est annoncé aux organes de l'assurance-chômage dans l'optique d'obtenir un second emploi à 50%, afin de mettre pleinement à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, une fois son licenciement intervenu et parvenant au terme de son premier délai-cadre d'indemnisation (cf. art. 9 LACi ; loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.0), le recourant s'est annoncé en tant que demandeur d'emploi à 100%. Ainsi, les arguments du recourant

- 18 - ayant trait à son licenciement, respectivement à son engagement à 50%, peuvent raisonnablement être écartés.

## **E. 9**

a) Afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant, l'intimé a utilisé la méthode de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30). L'utilisation de cette méthode n'est pas remise en cause par le recourant. Il conteste cependant l'abattement de 10% appliqué au revenu d'invalidé, soutenant l'application d'un abattement supérieur afin de tenir compte de sa capacité limitée dans l'exercice d'une activité légère. b) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques (enquête suisse sur la structure des salaires ; ESS) doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Une telle réduction n'est cependant pas automatique (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s ; TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid 5.1). c) Dans le cadre de la comparaison des revenus, l'intimé a fixé le revenu sans atteinte à la santé à 74'832 fr., celui avec atteinte à la santé à 59'542 fr. 57, et ce pour l'année 2015, soit au moment de la naissance du droit à la rente (cf ATF 129 V 222 consid. 4.2). Correctement déduits des informations fournies par l'ancien employeur de l'assuré et des salaires statistiques, ces montants peuvent être confirmés. Une perte de 15'289 fr. 43 en résulte, correspondant à un degré d'invalidité de 20,43%. d) En l'espèce, la déduction de 10% opérée par l'intimé sur le revenu d'invalidé apparaît adéquate. Elle prend en compte de manière satisfaisante les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré ainsi que son âge, péjorant la mise à profit de la capacité résiduelle du

- 19 - recourant sur le marché du travail. L'argument selon lequel, avec une activité légère, le recourant perçoit un salaire plus bas qu'avec une activité lourde, n'est en l'occurrence pas pertinent. En effet, à l'occasion de la comparaison des revenus, il est déjà tenu compte de la différence de revenus entre sa précédente activité et sa nouvelle activité exigible. Il en résulte que, dans le cas du recourant, un abattement de 10% est admissible.

## **E. 10**

Les circonstances de la cause ne justifient pas la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dès lors que la Cour est en mesure de statuer (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

## **E. 11**

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 20 -