

VD_FINDINFO AI 89/11 - 63/2012 vom 20. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_89_11_-_63_2012

FR: VD_FINDINFO AI 89/11 - 63/2012 du 20 février 2012

IT: VD_FINDINFO AI 89/11 - 63/2012 del 20 febbraio 2012

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, RAPPORT MÉDICAL | 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus précisément sur la détermination de sa capacité de travail, élément décisif pour le droit aux prestations.

E. 3

a) Est réputée invalidité 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. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. 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 ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une

année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins. Par ailleurs, l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008) spécifie 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1) ; le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Selon l'art. 8 al. 3 LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (let. b) au sens des articles 15 à 18b LAI. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Une perte de gain durable ou prolongée de 20% environ, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante selon la jurisprudence pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 ; TF 9C_533/2010 du 21 février 2011). Quant à la rééducation dans la même profession, elle est assimilée au reclassement (art. 17 al. 2 LAI). b) Pour pouvoir se prononcer sur l'éventuelle existence et le degré d'une 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). Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

E. 4

Après avoir vu le recourant pour la dernière fois le 13 mai 2009, le Dr T. _____ lui reconnaît, dès le 14 mai 2009, une capacité de travail nulle dans l'activité de garagiste et une capacité de travail de 50% dans une activité d'import-export, avec des limitations

fonctionnelles (pas de travail en charge du membre supérieur droit). Ce médecin ne motive toutefois en aucune façon l'incapacité de travail retenue et ne donne aucune indication sur la durée prévisible de celle-ci, ne faisant état que d'un manque de force persistant malgré l'opération du 18 février 2009, qui a toutefois permis d'améliorer la mobilité du coude. Quant au Dr S. _____, consulté par le recourant suite à son accident, il retient une incapacité de travail dans l'activité de garagiste de 100% du 7 décembre 2007 (date de l'accident) au

E. 7

janvier 2008, puis de 50% jusqu'au 14 janvier 2008, et enfin de 70% jusqu'au 26 mars 2008. Ayant revu le recourant le 25 mai 2009, après son opération du 18 février précédent, le Dr S. _____ n'a plus retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et donc aucune incapacité de travail. Il a par la suite confirmé son point de vue après avoir revu le recourant à sa consultation le 21 mai 2010. Par ailleurs, le rapport du Dr S. _____ du 8 novembre 2010 prend en compte le diagnostic de chondromatose du coude gauche, retenu également par le Dr Q. _____ dans son rapport du 17 mai 2010, qui faisait état de la persistance d'une synovite et de blocages apparus après l'opération, sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant ni sur ses limitations fonctionnelles. L'appréciation de la capacité de travail du recourant faite par le Dr S. _____, qui prend en compte l'ensemble des données médicales au dossier concernant son patient, notamment le rapport du Dr Q. _____, pour lui reconnaître une capacité de travail entière au plus tard dès la fin du mois de mai 2009, apparaît complète et dûment motivée. Elle ne saurait être mise en doute par l'appréciation du Dr T. _____, qui ne retient pour sa part aucun autre diagnostic et qui n'a suivi que brièvement le recourant suite à son opération. Le Dr T. _____ n'a par ailleurs plus revu le recourant depuis plus d'une année avant la dernière consultation du Dr S. _____ et, dans son rapport de mai 2009, ne motive que de façon très sommaire et imprécise l'incapacité de travail retenue, se bornant à constater qu'il persiste une certaine diminution de la force, même s'il admet que la mobilité du coude s'est améliorée et qu'il ne préconise aucun autre traitement qu'une rééducation fonctionnelle destinée à maintenir les amplitudes articulaires déjà retrouvées. Il convient par conséquent de retenir, en suivant l'avis du Dr S. _____, que la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité depuis fin mai 2009 au plus tard. Les prestations de l'assurance-invalidité ne pouvant lui être octroyées qu'au terme d'un délai de six mois dès le dépôt de sa demande AI (art. 29 LAI), qui est intervenu le 27 mars 2009, elles ne pourraient l'être que dès le mois de septembre 2009. Or, force est de constater que, à ce moment-là, sa capacité de travail était déjà entière dans toute activité, de sorte qu'aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne lui est ouvert – qu'il s'agisse d'une rente ou de mesures professionnelles – comme le retient à juste titre la décision litigieuse. En ce qui concerne plus particulièrement les mesures professionnelles demandées par le recourant, soit un reclassement (art. 17 LAI), il convient en effet de remarquer que celui-ci suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain durable de 20% environ, dans toute activité exigible qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (cf. notamment ATF 124 V 108, consid. 2b ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4), les principes posés à cet égard par la jurisprudence demeurant pertinents suite à l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI au 1^{er} janvier 2008 (cf. notamment TF 9C_464/2009 du 31 mai 2010 ; 9C_347/2010 du 3 février 2011 ; 9C_576/2010 du 26 avril 2011). 5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, en ce sens qu'aucun droit à des prestations de

l'assurance-invalidité n'est ouvert au recourant. 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. 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al.1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

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