

VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 505 vom 1. Juli 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__505

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 505 du 1 juillet 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 505 del 1 luglio 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION DE LA RENTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 8 al. 1 LPGA

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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, le 12 janvier 2009, contre la décision du 9 décembre 2008 de l'OAI auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

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 et 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et s'il est de 50 % au moins à une demi-rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents

que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra 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 350, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). c) Selon la jurisprudence, la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 343; 125 V 413 consid. 2d et les références citées). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; TF 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En cas de rente limitée dans le temps, la date de la modification (augmentation, diminution ou suppression de la rente) est déterminée conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201; TF I 581/06 du 25 mai 2007 consid. 4 et la référence citée). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des

prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. Cette principe est en particulier applicable en cas de rente limitée dans le temps (ATF 125 V 415 consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1).

E. 3

a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2007, soit pour une durée limitée dans le temps. Pour sa part, le recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente pour la période au-delà du 31 janvier 2007. b) Au vu du dossier, le recourant fait état de plusieurs problèmes de santé depuis son opération d'arthroplastie totale de la hanche gauche le 12 janvier 2006; il présente notamment les diagnostics de coxarthrose bilatérale primaire, de status après arthroplastie, de coxarthrose débutante à droite et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, ainsi que l'ont retenu les Drs X. _____ (14.05.2005) et V. _____ (17.10.2006). Ces diagnostics ne sont pas contestés et correspondent également aux autres pièces du dossier, notamment aux rapports déposés par le recourant. c) Dans la décision du 9 décembre 2008, l'OAI a retenu que, dans une activité adaptée, le recourant présentait une capacité de travail exigible de 100 % dès le 2 octobre 2006. Dans son rapport du 22 mai 2008, s'agissant de la capacité de travail, le Dr H. _____ a indiqué que le début de l'aptitude à la réadaptation avait été fixé dès le 2 octobre 2006. Il a également relevé que l'assuré avait repris son activité à 50 % le 2 octobre 2006, précisant qu'il était établi qu'une activité adaptée était pleinement exigible depuis cette date. Pour sa part, dans son rapport du 14 mai 2008, le Dr X. _____ a également mentionné que l'assuré avait repris son travail "à 50 % à partir du 02.10.07" (recte: 02.10.06). Cette date est corroborée par la lettre du 3 août 2007 adressée à l'assuré par S. _____ SA, par laquelle cette entreprise a notamment décrit une incapacité de travail à 50 % du 2 octobre 2006 au 20 juillet 2007. Dès lors, le recourant ayant repris son activité professionnelle, on retiendra qu'il y a eu un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente. Il y a donc eu modification de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail. d) S'agissant des avis médicaux dont se prévaut le recourant, le Dr V. _____ a d'abord indiqué que son patient pouvait exercer une activité légère à raison de 4 à 6 heures par jour, éventuellement sans diminution de rendement (rapport du 16.10.2006). En date du 16 septembre 2008, il a certes évoqué des difficultés pour l'assuré liées à la reprise d'une activité adaptée, mais les considérations de ce praticien sur l'âge de l'intéressé, ses connaissances linguistiques et ses origines étrangères sortent du domaine médical, ainsi que l'a relevé le Dr H. _____ (10.11.2008), et n'ont donc pas d'influence quant à la capacité de gain (TF 9C_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 5.2.1; TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Les constatations du Dr V. _____, de même que ses motivations, sont du reste peu étoffées et manquent quelque peu de précision, au regard notamment de l'examen du Dr X. _____. L'avis du Dr V. _____ est notamment contradictoire, dès lors qu'il a en premier lieu admis une capacité de travail dans une activité légère à raison de 4 à

E. 6

Partant, le recours doit être rejeté. 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 des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI).

Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, celui-ci n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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