

## **VD\_GERICHTE ZD09.033660 vom 22. Juni 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-06-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.033660](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.033660)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.033660 du 22 juin 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD09.033660 del 22 giugno 2010

### **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 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 8 octobre 2009. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

- 10 -

#### **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

#### **E. 4**

a) Au vu des pièces médicales figurant au dossier, on retiendra que le recourant présente principalement des atteintes à la santé au genou droit et au dos, justifiant les diagnostics de gonarthrose droite débutante et de lombalgies sur discopathies étagées de L3 à S1, ainsi que l'a retenu le Dr K. \_\_\_\_\_ (rapport du 26.01.2009), ce qui concorde avec les constatations des Drs M. \_\_\_\_\_ (rapport du 28.09.2007), J. \_\_\_\_\_ (rapport du 20.05.2008), D. \_\_\_\_\_ (rapports des 14.11.2007 et 13.04.2008) ainsi que celles des médecins du département de l'appareil locomoteur du CHUV (rapport du 17.04.2009). Ces diagnostics ne sont pas contestés. En revanche, le recourant remet en cause leur incidence sur sa capacité de travail. b) Dans son rapport du 9 janvier 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_, signalant en substance une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, a

- 13 - retenu que le statu quo sine de l'accident du 24 août 2007 était certainement atteint, dans la mesure où il n'avait entraîné aucune lésion objectivable qu'on pût directement lui rapporter et où il n'était pas susceptible de déployer indéfiniment des effets après bientôt 1 an et demi d'évolution. Pour sa part, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, en se rapportant au rapport de la CNA du 20 janvier 2009 (rapport du 26.01.2009). On considérera donc que,

s'agissant de l'amélioration de l'état de santé du recourant, le médecin du SMR se réfère directement à l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, en retenant que celle-ci a eu lieu en janvier 2009. c) Le recourant se prévaut d'une incapacité de travail de 100 % et se fonde sur l'avis de son médecin traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_ (certificat médical du 01.03.2010) ainsi que sur celui du Dr R. \_\_\_\_\_ (rapport du 04.03.2010). On relèvera que le certificat du 1er mars 2010 du Dr S. \_\_\_\_\_, succinct et dénué de motivation, ne saurait remettre en cause l'appréciation médicale des Drs V. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, pas plus d'ailleurs que les autres documents médicaux établis par ce praticien (rapports des 11.07.2008 et 17.06.2009), peu motivés et étoffés au regard notamment des rapports établis par le médecin d'arrondissement de la CNA. Au demeurant, en tant que médecin traitant de l'assuré, l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ doit être apprécié avec les réserves qui s'imposent en vertu de la jurisprudence. Pour le surplus, le rapport du 4 mars 2010 du Dr R. \_\_\_\_\_, dans la mesure où ils se réfère à la situation de fait postérieure à la décision du 4 septembre 2009, n'a pas à être pris en compte dans la présente procédure, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les éventuelles modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les arrêts cités; TF 9C\_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3). A cela s'ajoute que le Dr R. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas au sujet de la capacité de travail de l'intéressé et qu'on ne voit pas en quoi il s'écarterait de l'avis des Drs V. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_.

- 14 - En tant qu'il se réfère à l'appréciation médicale des Drs S. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, l'avis du médecin du SMR se fonde en pleine connaissance de l'anamnèse et se base sur des examens somatiques approfondis, notamment quant aux problèmes de dos et au genou droit, les plaintes subjectives de l'assuré, une appréciation du cas dûment étayée ainsi que des conclusions convaincantes et motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. On retiendra donc, avec l'intimé, que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de janvier 2009. d) Le calcul de comparaison des revenus effectué par l'OAI, qui n'est pas directement contesté par le recourant, correspond aux pièces versées au dossier s'agissant du revenu sans invalidité (extrait de compte individuel de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS du 23.07.2008, retenant un revenu de 64'396 fr. pour la période de janvier à décembre 2007) ainsi qu'aux critères admis par la jurisprudence pour la détermination du revenu d'invalidité. Le taux de 10 % d'abattement du revenu d'invalidité paraît équitable au vu des circonstances (ATF 126 V 75; TF 9C\_235/2008 du 12 février 2009 consid. 2 et 3). Dans la décision attaquée, l'OAI a donc correctement mis en évidence un degré d'invalidité inférieur à 40 % et ne donnant donc pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 LAI a contrario). Après un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], applicable en cas de rente limitée dans le temps; TF I 581/06 du 25 mai 2007 consid. 4 et la référence citée) à compter du changement des circonstances intervenu en janvier 2009, il y a donc lieu à révision du droit à la rente, soit à partir du 1er avril 2009. C'est donc à juste titre que le droit à la rente du recourant a été supprimé pour la période postérieure à cette date.

## **E. 5**

a) 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

- 15 - 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 (ATF 125 V 415 consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 2.2; TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1). Ce principe est en particulier applicable en cas de rente limitée dans le temps, soit lorsque l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente au sens d'une révision selon l'art. 17 LPGA (TFA I 437/04 du 23 juin 2005 consid. 3.1; TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 2.2). b) Concernant la période pendant laquelle la rente a été octroyée, les Drs S. \_\_\_\_\_ (rapport du 11.07.2008) et K. \_\_\_\_\_ (rapport du 26.01.2009) ont retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le 24 août 2007, date de l'accident dont ce dernier a été victime. Ces indications ne sont pas contredites par les autres documents médicaux figurant au dossier. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), il semble donc que le recourant a correctement été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er août 2008. S'agissant de la date d'une éventuelle amélioration de l'état de santé avant janvier 2009, on relèvera que le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail entière dans une profession adaptée dès le 15 octobre 2008 (rapport du 27.10.2008), ce qui semble entrer en contradiction avec l'appréciation des Drs V. \_\_\_\_\_ (rapport du 20.01.2009) et K. \_\_\_\_\_ (rapport du 26.01.2009) selon laquelle l'état de santé de l'assuré s'est amélioré à compter de janvier 2009. On peut donc se demander si l'octroi d'une rente pour la période du 1er août 2008 au 31 mars 2009 - comme le retient la décision litigieuse - était justifié, ou si la rente n'aurait pas dû être supprimée antérieurement à cette date, la situation médicale n'étant pas claire de ce point de vue. On renoncera toutefois à envisager une réforme de la décision attaquée au détriment du recourant (pour une solution similaire: TFA I 236/05 du 22 juin 2006 consid. 4.3).

- 16 -

## **E. 6**

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise médicale neutre comme le requiert le recourant. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

## **E. 7**

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. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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