

## **VD\_GERICHTE ZD15.007080 vom 11. Februar 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.007080](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.007080)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.007080 du 11 février 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD15.007080 del 11 febbraio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 et réf. cit.). 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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

- 22 - situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

#### **E. 5**

a) En l'espèce, pour déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 4 août 2014, duquel il ressort que l'assuré présente sur le plan psychiatrique une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité lucrative depuis 2008. Il convient de reconnaître à cette expertise circonstanciée et dont les conclusions sont claires une pleine valeur probante. Sur le plan physique, la capacité résiduelle de travail de l'assuré est de 50 % depuis novembre 2009 dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, selon les constatations du Dr X. \_\_\_\_\_ exposées dans son rapport du 13 janvier 2011. Les conclusions de ce

médecin peuvent être suivies, dans la mesure où son rapport remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière et qu'il n'existe pas de péjoration établie sur le plan physique depuis 2011. Elles sont en outre confirmées par le Dr C. \_\_\_\_\_, qui souligne dans son rapport d'expertise du 4 août 2014 qu'il est raisonnablement exigible que l'assuré travaille à hauteur de 50 % dans une activité qui respecterait ses limitations physiques. À cet égard, le Dr X. \_\_\_\_\_ souligne qu'une activité semi-sédentaire peut être envisagée. Quant à l'autorité intimée, elle est d'avis qu'au vu des limitations fonctionnelles psychiatriques, une démarche de formation ne serait pas adéquate. Selon elle, il faudrait mettre en valeur les connaissances et les compétences antérieures en électricité du recourant, domaine dans lequel il possède un CFC, tout en tenant compte des limitations somatiques. Des activités en atelier, pour des montages électriques, électropneumatiques ou électromécaniques ainsi que des travaux de maintenance seraient possibles (cf. note d'entretien avec l'assuré du 4 décembre 2014).

- 23 - Dans un tel cas, soit lorsque la capacité résiduelle de travail de l'assuré est la même aussi bien dans son activité habituelle que dans son activité adaptée, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. supra consid. 3d). C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu un taux d'invalidité de 50 %. b) L'intimé a également fait une application correcte des dispositions relatives au début du droit à la rente. Celui-ci a pris naissance après le délai d'attente d'une année, soit le 1er décembre 2009 (cf. supra consid. 3 b). Cependant, dans la mesure où la demande de prestations n'a été déposée que le 4 novembre 2009, la rente ne pouvait être versée qu'à partir de l'échéance du délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI, soit à compter du 1er mai 2010. La décision de l'intimé n'est donc pas non plus critiquable sous cet angle. c) Il convient d'ajouter que dans ses écritures, le recourant n'apporte aucun élément susceptible d'indiquer que l'intimé aurait mal instruit son dossier ou mal appliqué le droit, tant s'agissant du degré d'invalidité que du début du droit à la rente. Il ne ressort nullement de l'examen de la cause que tel serait le cas. Le recours se révèle par conséquent mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

## **E. 6**

Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 ; 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).

- 24 - 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 ; art. 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 ; art. 61 let. g LPGA).

- 25 -