

VD_GERICHTE ZD16.024594 vom 22. Dezember 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.024594

FR: VD_GERICHTE ZD16.024594 du 22 décembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD16.024594 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

- 9 -

E. 2

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il peut prétendre à la poursuite du versement de la rente pour la période postérieure au 31 juillet 2015. L'intimé a reconnu à juste titre le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2014 jusqu'à cette date. Il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce point qui n'est pas contesté entre les parties.

E. 3

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 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 10 - L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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. En outre, les renseignements médicaux 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 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). c) 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du

E. 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 situation médicale soient claires et enfin

- 11 - que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 125 V 351 consid. 3a ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4. Selon la jurisprudence (ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office

ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore 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. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une

- 12 - appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4). 5. a) Aux termes de sa décision du 6 mai 2016, l'intimé a alloué une rente entière d'invalidité au recourant, avec effet limité du 1er décembre 2014 au 31 juillet 2015. L'intimé a considéré que son incapacité de travail et de gain était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au mois de décembre 2014, ce qui justifiait l'ouverture du droit à la rente dès cette date. L'OAI a toutefois estimé que si l'exercice de l'activité habituelle n'était plus possible, celui d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible du recourant à 100% dès le 21 avril 2015, avec un préjudice économique nul conduisant à la suppression du droit à la rente le 31 juillet 2015, soit trois mois après l'amélioration survenue en avril 2015 (art. 88a al. 1 RAI). Le recourant, pour sa part, conteste l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du mois d'avril 2015, se référant notamment aux rapports médicaux de son médecin traitant, la Dresse K. _____, des 21 décembre 2015 et 29 janvier 2016. Il conteste en particulier que l'intimé puisse constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, contrairement à son médecin traitant, sans que son service médical ait lui-même jamais procédé à un examen médical. b) L'intimé s'est notamment fondé sur les rapports des médecins traitants qui étaient, dès fin décembre 2014, favorables à une reprise du travail dans une activité adaptée, progressivement (examen psychologique des 12 et 19 mars 2014, rapport médicaux des

E. 11

septembre et 29 décembre 2014 établis par la Dresse K. _____). Ces rapports n'établissaient aucune atteinte à la santé psychique pouvant expliquer une incapacité dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr T. _____, dans son rapport du 11 mai 2015. En particulier, le syndrome de Korsakoff a été écarté, à la suite de

- 13 - l'examen neuropsychologique du 16 avril 2015 pratiqué par les neuropsychologues W. _____ et [...], qui ont, elles aussi, conclu à une capacité de travail envisageable dans une activité simple, répétitive et routinière, sans responsabilité (rapport d'examen neuropsychologique du 21 avril 2015). A cet égard, on constatera que le rapport médical du 21 avril 2015 repose sur un examen clinique complet et détaillé du recourant sur le plan neuropsychologique. Il contient des conclusions motivées qui donnent une appréciation claire et cohérente de sa situation médicale, de sorte que le caractère probant du rapport doit être admis. L'intimé s'est également fondé sur les rapports du SMR, notamment celui du 11

mai 2015, lequel tient compte des troubles neuropsychologiques constatés dans le cadre de l'examen du 16 avril 2015, en constatant les limitations fonctionnelles du recourant. La Dresse K._____ pose pour la première fois le 29 juin 2016, soit après le projet de décision du 15 décembre 2015, le diagnostic de trouble de la personnalité mixte, avec des traits paranoïaques, narcissiques et dépendants. Ses observations sur ce point sont toutefois peu documentées, ainsi que l'a relevé le DrT._____ dans son avis du 9 février 2016. En particulier, elle ne fait pas mention d'indicateurs clairs évoquant un état pathologique susceptible d'entrer dans la définition du nouveau diagnostic qu'elle retient. En tout état de cause, un tel trouble, s'il avait été décompensé, aurait été diagnostiqué plus tôt par la Dresse K._____, ce d'autant que le recourant est suivi au Centre de psychiatrie du Nord Vaudois depuis juin 2013. Non décompensé, ce trouble n'empêche pas une reprise du travail dans une activité adaptée telle que décrite par le SMR. En définitive, on constate que le recourant ne présente pas d'atteinte du registre psychiatrique ou neuropsychologique susceptible d'amoinrir sa capacité de travail, les limitations fonctionnelles étant au demeurant reconnues par l'intimé. Contrairement ses allégations, une visite médicale auprès du SMR n'aurait pas suffi à modifier ce constat. Aussi, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu une pleine capacité de travail dès le 21 avril 2015, date de l'examen neuropsychologique, chez un

- 14 - assuré présentant un alcoolisme et un état dépressif en rémission depuis plusieurs mois. Dans ce contexte, la position du SMR et, corollairement, de l'OAI échappe à la critique. 6. a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). b) En l'occurrence, le salaire sans invalidité a été fixé à 48'100 fr., ce qui n'est pas contesté. Il n'y a pas à revenir sur cet aspect de la décision litigieuse, qui ne prête pas flanc à la critique. Quant au

- 15 - revenu d'invalide, il a été établi en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, comme l'admet la jurisprudence. En l'absence de tout grief du recourant, on ne reviendra pas davantage sur ce point, sauf à préciser qu'une déduction de 20 %, plutôt

que de 10 %, pour tenir compte des limitations fonctionnelles tout de même conséquentes présentées par le recourant, aurait été préférable. De la comparaison entre le revenu sans invalidité (48'100 fr.) et celui d'invalidité (59'559 fr.), il en ressort en définitive un taux d'invalidité nul, conduisant à la suppression de la rente dès le 1er août 2015 (art. 88a al. 1 RAI), étant encore précisé que la prise en compte d'un abattement de 20% ne serait pas de nature à modifier le droit aux prestations du recourant. Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité postérieurement au mois de juillet 2015. 7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 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'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). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant, au demeurant non assisté des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtenant pas gain de cause, il ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 16 -

- 17 -

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