

VD_GERICHTE ZD16.039355 vom 24. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.039355

FR: VD_GERICHTE ZD16.039355 du 24 avril 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.039355 del 24 aprile 2017

Erwägungen

E. 5

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 (cf. 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 (cf. 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 si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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

- 16 - traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c). 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 (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008

consid. 2.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

- 17 - preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

E. 6

En l'espèce, dans la décision litigieuse du 8 août 2016, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 29 juillet 2015. Toutefois, il résulte des pièces au dossier qu'en réalité, l'intimé est implicitement entré en matière sur cette demande. En effet, il ne s'est pas contenté d'examiner les pièces produites à l'appui de celle-ci, mais il a invité le Dr M. _____, dans un courrier du 9 juin 2016, à répondre à deux questions sur l'état du recourant. Dès lors, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 11 août 2008, confirmée par arrêt du 8 décembre 2009 de la Cour de céans – et la décision litigieuse du 8 août 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. a) Le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé et soutient qu'il n'est plus en mesure de travailler. Il s'appuie notamment sur le rapport du 24 août 2015 et le certificat médical du

- 18 -

E. 7

Le recourant se prévaut encore de son âge, sous-entendant qu'il ne pourrait plus être exigé qu'il exploite sa capacité de travail dans une activité adaptée. a) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance

- 22 - supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire

impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

- 23 - Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui doit changer d'emploi en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré. Il s'agit alors de prendre en considération le fait que l'âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1 (cf. TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s. et les références). b) En l'espèce, la jurisprudence relative aux personnes proches de l'âge de la retraite n'est pas applicable. D'une part, le recourant n'exerce plus d'activité professionnelle depuis son licenciement au début de l'année 2006. En particulier, il n'a pas repris d'activité adaptée après la décision du 11 août 2008 lui octroyant une rente limitée au 31 mai 2007, confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 8 décembre 2009. Pourtant, dans cette décision, l'intimé avait déterminé que le recourant disposait encore, dès début 2007, d'une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, excluant le droit à la rente. Ainsi, dans le cadre de la nouvelle demande, l'intéressé savait, en raison de la procédure antérieure, qu'un changement d'activité était attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. Il ressort du considérant 6 supra que la situation du recourant est comparable à celle ayant conduit à la décision du 11 août 2008. La seule modification réside dans l'écoulement du

- 24 - temps. Dans ces circonstances, le seul facteur de l'âge « avancé » ne peut entraîner l'application de la jurisprudence précitée. D'autre part, le moment où la capacité de travail a été évaluée médicalement, soit au moment où tous les éléments médicaux nécessaires au prononcé de la décision ont été réunis, correspond au 14 décembre 2007, date à laquelle le Dr S._____ du SMR a rendu son rapport. Ce spécialiste a attesté l'exigibilité d'une activité adaptée, qui a ensuite été confirmée par plusieurs médecins (cf. rapport du 26 décembre 2007 du Dr C._____, avis médicaux des 30 mai et 27 juillet 2016 du Dr Q._____, courrier des 16 juin et 5 septembre 2016 du Dr M._____), démontrant que la situation médicale n'a pas évolué depuis lors. Au moment déterminant, soit en décembre 2007, l'intéressé était âgé de 48 ans. Il était alors encore loin d'atteindre l'âge à partir duquel la jurisprudence évoquée plus haut est applicable. Ainsi, le recourant ne saurait être considéré comme n'étant plus en mesure, du fait de son âge, de mettre en valeur la capacité de travail qui lui est reconnue – depuis décembre 2007 – sur le marché équilibré du travail, et se voir octroyer des prestations de l'assurance- invalidité pour ce motif.

E. 8

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

- 25 -

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