

VD_GERICHTE ZD23.034253 vom 11. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.034253

FR: VD_GERICHTE ZD23.034253 du 11 juin 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.034253 del 11 giugno 2024

Erwägungen

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

- 7 - et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. b) 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 (art. 28 al. 1 LAI). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

- 8 - la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, de manière complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

E. 4

L'OAI a refusé de prester au motif que l'assuré était capable de travailler à plein temps dans toutes activités. Le recourant conteste l'appréciation de sa capacité de travail et soutient qu'il ne peut travailler qu'à 60 % comme c'est le cas actuellement. Le recourant dit avoir réduit son taux de travail à 60 % en suivant l'avis de son médecin qui avait préconisé de faire une pause de 10-15 minutes toutes les heures. Depuis lors, il sentait une amélioration de son état. Force est toutefois de constater qu'aucun certificat médical n'a été établi avant que l'assuré ne réduise son taux d'activité. L'employeur de l'assuré a d'ailleurs précisé que celui-ci n'avait pas été

- 9 - absent pour des raisons de maladie et qu'il n'avait pas été informé de quelconques problèmes de santé concernant l'intéressé. Selon l'employeur, l'assuré ne rencontrait aucune limitation dans l'accomplissement de ses tâches, lesquelles étaient essentiellement partagées entre la tenue de la caisse, l'accueil de clients, le nettoyage et le remplissage, ainsi que la tenue du réfectoire à titre plus accessoire (cf. rapport employeur complété le 2 août 2022). En outre, l'ophtalmologue traitante ne fait état d'aucune aggravation de la pathologie de l'assuré, présente depuis son enfance, et atteste d'une situation stationnaire. Malgré cela, la Dre W. _____ retient une capacité de travail de 60 %, sans autre justification qu'une limitation à l'effort visuel. Cela n'apparaît pas justifié, ce d'autant qu'au vu de la description du poste de l'assuré, celui-ci paraît adapté à son état de santé et ne regroupe pas que des activités réalisées sur un écran. Concernant le traitement, seules des larmes artificielles ont été prescrites par l'ophtalmologue et aucune opération n'était prévue, hormis pour des raisons purement esthétiques (rapports des 12 juillet et 22 septembre 2022). La médecin traitante s'est quant à elle limitée à rapporter les symptômes décrits par l'assuré, sans les étayer médicalement. Les rapports des deux médecins sont d'ailleurs très peu développés. Enfin, la médecin traitante renvoie à l'appréciation de l'ophtalmologue s'agissant de la capacité de travail, tandis que cette dernière se réfère à l'avis de la médecin traitante, quand bien même la seule problématique de l'assuré est ophtalmologique. Ainsi, aucun document n'atteste une aggravation de l'état de santé de l'assuré dans la mesure où il le prétend. Rien ne justifie d'un point de vue médical la réduction du taux d'activité pratiquée par l'assuré, laquelle est adaptée, ce dont il consent également (cf. rapport d'entretien du 30 novembre 2022). Vu ce qui précède, l'OAI pouvait refuser d'accorder des prestations à l'assuré.

E. 5

a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

- 10 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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