

VD_GERICHTE ZD24.006244 vom 15. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.006244

FR: VD_GERICHTE ZD24.006244 du 15 avril 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.006244 del 15 aprile 2025

Erwägungen

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2023.

E. 4

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 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.

- 14 - 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, 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 (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue,

- 15 - avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). d) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

- 16 - raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). b) 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 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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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).

- 17 - d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour la période du 1er février 2018 au 30 septembre 2023, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Il n'est par ailleurs pas contesté que l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'installateur sanitaire, laquelle n'est plus adaptée. Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé retient que, dès le 13 juin 2023, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas d'activité en force de la main gauche (membre dominant), pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche

- 18 - prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, échelles, échafaudages et pas de position accroupie ou à genoux prolongée et/ou répétée. Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de tous ses problèmes de santé et de s'être fondé sur des éléments médicaux incomplets et partiels produits par la CNA. A l'appui de son recours, il fait valoir qu'il produira des rapports médicaux démontrant ses nombreuses atteintes à la santé, en mentionnant notamment une hospitalisation en urgence pour des problèmes cardiaques. b) Les atteintes à la santé physique de l'assuré étant d'origine accidentelle, la décision entreprise se fonde principalement sur le dossier de la CNA. L'avis du SMR du 5 octobre 2023 justifiant la décision de l'intimé s'appuie plus

particulièrement sur l'appréciation du 21 juin 2023 de la Dre X. _____, médecin-conseil de la CNA. Il y a lieu de souligner à titre liminaire que le fait pour l'OAI de se fonder essentiellement sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA n'est pas critiquable en soi. La seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit aux prestations. En l'occurrence, la principale question à élucider par l'intimé relève de l'éventuelle capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée et la date éventuelle à partir de laquelle cette activité adaptée est exigible. L'instruction conduite par la CNA visant à établir les mêmes éléments, l'OAI était sur le principe, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité (cf. consid. 4d supra), fondé à se baser sur le dossier médical constitué par l'assureur-accidents. Cela étant, avant de statuer sur les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance- invalidité, l'intimé a bel et bien pris en compte tous les avis médicaux concernant l'ensemble des atteintes qu'il présente. En l'occurrence, le cas de l'assuré a été soumis le 21 juin 2023 à la médecin-conseil de la CNA, la Dre X. _____, qui a établi une

- 19 - anamnèse de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'accident du 18 mars 2018. Elle a posé ses diagnostics et émis son appréciation dans laquelle elle a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge répété de plus de 15-20 kg, pas de port de charge unique de plus de 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée même en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, échelles et échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux prolongée et/ou répétée. Après avoir résumé l'ensemble des traitements médicaux reçus par l'assuré, elle a considéré qu'une amélioration significative de l'état de santé au niveau du calcanéum gauche était peu vraisemblable à plus de cinq ans du traumatisme initial et après six interventions chirurgicales. Elle a estimé que dans une activité adaptée théorique, respectant les limitations fonctionnelles, l'assuré avait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dès trois mois après la dernière intervention, à savoir dès le 13 juin 2023, s'agissant d'une intervention minimale. Le rapport de la Dre X. _____ est ainsi fondé sur un dossier complet et ses conclusions, claires et étayées, sont convaincantes. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'intimé a rendu sa décision en se fondant sur un avis du SMR reprenant les conclusions de l'examen complet et probant de la médecin-conseil de la CNA. Il a en outre retenu des limitations fonctionnelles plus étendues afin de tenir compte de l'atteinte à la main gauche ayant motivé diverses prises en charge dont en particulier un séjour à la Clinique Z. _____ en 2016, une intervention chirurgicale en juillet 2016 et des infiltrations en 2017 (Pas d'activité en force de la main gauche [membre dominant]). La critique du recourant selon laquelle l'intimé se serait basé sur des éléments médicaux incomplets et partiels ne saurait ainsi être suivie. On rappellera par ailleurs que les avis SMR opèrent une synthèse de la documentation médicale à disposition et ne sont pas dénués de valeur probante. Ils peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5d supra), ce qui est le cas en l'espèce.

- 20 - c) Par ailleurs, contrairement à ce qu'il avait annoncé, le recourant n'a produit aucun rapport faisant état de nouvelles atteintes qui n'auraient pas été prises en compte par l'OAI, en particulier concernant des atteintes cardiaques dont il se prévaut dans son recours. Les rapports des 22 septembre 2023 et 10 juin 2024 de la Dre K. _____ ne sont par ailleurs d'aucun secours au recourant. En effet, celle-ci se limite à reprendre les atteintes déjà

examinées par l'OAI s'agissant de l'atteinte au pied gauche et ne fait pas état de limitations fonctionnelles supplémentaires ou qui auraient été omises par l'intimé. De même, elle ne retient aucune limitation fonctionnelle, que ce soit en lien avec le diagnostic de hernie discale ou avec l'état dépressif relevé dans son rapport du 10 juin 2024, qui est au demeurant postérieur à la décision litigieuse. En tout état de cause, elle ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle que l'intimé aurait omis de prendre en compte et ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Faute de motivation, les rapports de la Dre K. _____ ne permettent pas de s'écarter de l'avis de la CNA, respectivement du SMR, suivis par l'intimé. d) En conclusion, l'intimé était fondé à retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 26 juin 2015, mais qu'il pouvait, dès le 13 juin 2023, reprendre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a accordé au recourant une rente d'invalidité de 100 % pour la période du 1er février 2018 – compte tenu d'une demande de prestations tardive déposée le 3 août 2017 – au 30 septembre 2023. Quant au grief soulevé par le recourant concernant le décompte de surindemnisation établi le 7 décembre 2023 par la CNA – outre le fait qu'il est peu compréhensible et qu'il ne fait en définitive l'objet d'aucune conclusion formelle – il est irrecevable. Il appartient en effet au recourant d'attaquer le bien-fondé de la restitution et l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assureur-accidents (TF 9C_232/2016 du 1er septembre 2016 consid 5.2 ; 9C_287/2014 du 16 juin 2014 consid 2.2 et les références citées).

- 21 -

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

- 22 -

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