

VD_GERICHTE ZD24.050526 vom 14. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.050526

FR: VD_GERICHTE ZD24.050526 du 14 avril 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.050526 del 14 aprile 2025

Erwägungen

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. b) 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 invalide 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

- 10 - de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). c) 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 (art. 29 al. 1 LAI). d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, 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).

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 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

- 11 - 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).

E. 6

a) En l'occurrence, dans sa décision du 17 octobre 2024, l'office intimé a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant du 1er mai 2023 au 31 octobre 2023. Ce faisant, l'OAI a considéré que, dès juillet 2023, il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, son préjudice économique, calculé sur cette base, étant inférieur

- 12 - à 40 % pour permettre le maintien du droit à la prestation à compter du 1er novembre 2023. L'office intimé a en outre renoncé à octroyer au recourant des mesures d'ordre professionnel. Cette décision se base sur les rapports médicaux établis par la dermatologue en charge du suivi du recourant au CHUV, la Dre G. _____. Lors de sa consultation du 25 juillet 2023, cette médecin a constaté que le recourant était en mesure d'exercer une activité non manuelle/non irritante pour les mains à plein temps. De son côté, le recourant soutient que l'état défaillant de ses mains au long cours constitue une entrave définitive en vue de la reprise de l'exercice d'une quelconque activité lucrative. b) A titre liminaire, il convient de relever que l'office intimé, sur la base des rapports de la Dre G. _____ récoltés au dossier, a retenu que seules les atteintes aux mains du recourant étaient encore invalidantes au-delà du mois de juillet 2023. Dans son rapport de consultation du 25 juillet 2023, cette médecin a ainsi constaté que le recourant ne présentait plus d'eczéma ailleurs

que sur ses mains ce jour- là, à l'exclusion d'atteintes aux pieds. Dans les rapports médicaux subséquents d'autres médecins, seules des limitations fonctionnelles concernant les mains du recourant sont relevées. Dans son écriture, le recourant ne conteste pas que seules les atteintes à ses mains soient encore invalidantes. Il estime cependant que leur impact sur sa capacité de travail a été sous-estimée par l'office intimé. c) Les médecins consultés par le recourant ne semblent pas unanimes quant au diagnostic qui doit être posé en l'occurrence, un psoriasis palmo-plantaire et un eczéma palmo-plantaire atopique et irritatif (diagnostic différentiel : lichen plan) étant retenus. Or, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_289/2022 du 27 juillet 2023 consid. 5.3.2 ; TF 9C_273/2018 du 28

- 13 - juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). In casu, les divers traitements dont le recourant a bénéficié à un titre ou l'autre ont permis une diminution des symptômes, mais pas une guérison – les lésions aux mains persistant –, et les médecins sont unanimes quant aux faits que le recourant est tenu d'éviter les activités manuelles et que son activité habituelle d'aide-serrurier n'est plus exigible de sa part. S'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux troubles de ses mains, seuls les Drs G. _____ et H. _____ se sont déterminés à ce propos. La Dre G. _____ a retenu que celle-ci était entière, alors que le Dr H. _____, dans ces derniers certificats médicaux, qu'elle était limitée à 20 %. Il apparaît cependant que le Dr H. _____ n'a jamais expliqué en quoi l'état de santé du recourant ne se serait pas amélioré, respectivement pour quels motifs médicaux il serait incapable de travailler à un taux supérieur de 20 % dans une activité tenant compte des atteintes aux mains. Le médecin traitant se borne à opposer un avis divergent, fondé sur les plaintes de son patient. Aussi, le Dr H. _____ n'objective pas son appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée aux maux persistants touchant ses mains. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Dans ces conditions, il convient de relativiser la portée du contenu des rapports médicaux établis par le Dr H. _____. Il suit de là qu'aucun élément au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant serait totalement incapable de travailler, ou uniquement à un taux aussi faible qu'attesté par le Dr H. _____, compte tenu dorénavant de l'absence de symptômes invalidants touchant ses pieds. Il n'existe pas d'éléments objectifs contredisant les conclusions de la Dre G. _____ qui doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

- 14 - d) En conséquence, l'OAI pouvait se fonder sur l'appréciation de la Dre G. _____ pour retenir que, si le recourant n'était plus en mesure de poursuivre son activité habituelle d'aide-serrurier, il était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de juillet 2023, moment où l'amélioration de l'état de santé a été constatée.

E. 7

Le recourant ne conteste pas le calcul de son préjudice économique effectué sur cette base, lequel peut être confirmé, étant précisé que l'OAI a, à juste titre, procédé à deux calculs distincts, compte tenu de la modification de l'art. 26bis RAI entrée en vigueur le 1er janvier

2024.

E. 8

Pour le reste, le recourant ne prétend pas que c'est à tort que l'OAI a renoncé à lui octroyer des mesures d'ordre professionnel. Partant, l'OAI pouvait supprimer la rente entière d'invalidité octroyée au recourant trois mois après l'amélioration de son état de santé, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI), en l'espèce au 1er novembre 2023.

E. 9

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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 et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs,

- 15 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 17 octobre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - B._____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

- 16 - juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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