

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C._____, à Genève, recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né le [...], célibataire et sans enfants, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de bureau. Il a travaillé en tant que représentant (employé de commerce) pour les Editions T._____ SA du 1^{er} janvier 1974 au 31 décembre 2001 et a émargé au chômage du 26 mai 2003 au 25 mai 2005. Il a déposé le 4 août 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé un diabète insulino-dépendant et en précisant que cette atteinte existait depuis le 12 novembre 1996.

Dans un rapport médical du 16 août 2008 établi à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr W._____, de l'Unité de diabétologie de l'Hôpital G._____, à P._____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de diabète de type 2, existant depuis environ 1996 et d'obésité. Ce praticien a indiqué que l'assuré ne demandait ni rente ni reclassement professionnel, mais voulait être "reconnu comme diabétique pouvant mal évoluer dans le futur"; il estimait qu'il n'y avait pas de handicap actuellement.

Dans un rapport médical à l'OAI du 10 septembre 2008, le Dr Z._____, médecine générale FMH, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'obésité, d'hypertension artérielle, de diabète, et d'hypercholestérolémie, ces trois dernières affections existant depuis 1995. Il a indiqué que l'assuré avait été employé dans une imprimerie familiale (emplois très variés) et avait cessé son travail lors de la faillite de celle-ci. D'un point de vue médical, l'activité exercée jusqu'alors était raisonnablement exigible, pour autant qu'il n'y eût pas trop de stress et que le travail fût raisonnablement physique.

Dans un rapport médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) du 12 septembre 2008, le Dr H._____ a estimé, sur la

base des rapports médicaux des Drs W._____ et Z._____, qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante. Il a noté que, selon le Dr W._____, le diabète était bien équilibré et avait comme seule complication jusqu'alors une neuropathie sensitive périphérique sévère, mais qui ne constituait pas une limitation fonctionnelle.

Le 25 septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision déniait le droit à des prestations de l'AI, auquel l'assuré s'est opposé le 19 octobre 2008 en exposant qu'il ne pouvait pas concevoir prendre une activité professionnelle alors que l'état évolutif de ces derniers mois l'inquiétait beaucoup.

B. Par décision du 13 janvier 2009, accompagnée d'une lettre explicative du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a exposé que l'étude du dossier et les pièces en sa possession n'avaient pas montré une atteinte à la santé physique ou psychique justifiant une incapacité de travail prolongée; selon les pièces médicales, au plan purement somatique, l'assuré ne présentait aucune atteinte limitant sa capacité de travail dans son activité habituelle.

C. Par acte du 9 février 2009, C._____ a recouru contre cette décision, en exposant qu'il était diabétique insulinodépendant avec les complications que cela comportait (malaises fréquents, fourmillements aux pieds et aux mains, jambes lourdes et douloureuses pendant la marche et la station debout), qu'il avait souhaité que l'OAI ordonnât une expertise indépendante, ce qui n'avait pas été le cas, et qu'il acceptait de consulter auprès d'un psychiatre comme cela lui avait été proposé.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

Dans sa réponse du 12 mai 2009, l'OAI a exposé qu'il ressortait des différentes pièces médicales que le recourant souffrait de diabète depuis 1996, mais que celui-ci était équilibré et traité. Cette atteinte ne l'ayant pas empêché de travailler jusqu'en 2001, elle n'était pas

incapacitante et ne saurait dès lors justifier le droit à des prestations de l'AI. L'OAI a proposé par conséquent le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Par écriture du 8 juin 2009, le recourant a décrit son état de santé actuel et confirmé que cet état de santé était en parfaite contradiction avec une reprise d'activité professionnelle. Il a indiqué qu'ensuite de la consultation du 14 avril 2009 auprès de la Dresse B._____, spécialiste FMH en neurologie, dont il a joint un rapport médical du 15 avril 2009, il devrait prochainement subir deux opérations (cure chirurgicale des deux côtés en raison d'une neuropathie bilatérale du nerf médian dans le canal carpien).

L'OAI n'a pas dupliqué.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI sous réserve des exceptions prévues par la loi (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour

statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

2. a) 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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.

Selon 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins 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.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; RCC 1984 p. 95; VSI 1997 p. 79; VSI 2000 p. 63).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales 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. 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 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 preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

c) En l'occurrence, l'OAI a recueilli, dans le cadre de l'instruction de la demande, divers avis médicaux auprès des médecins traitants du recourant. Or, il ne résulte d'aucun de ces avis médicaux que les atteintes à la santé dont souffre le recourant entraîneraient sur le plan médical une diminution de sa capacité de travail.

Ainsi, dans un rapport médical du 16 août 2008 adressé à l'OAI, le Dr W._____, de l'Unité de diabétologie de l'Hôpital G._____, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de diabète de type 2, existant depuis 1996 et d'obésité; ce praticien a indiqué que le recourant ne demandait ni rente ni reclassement professionnel mais voulait être "reconnu comme diabétique pouvant mal évoluer dans le futur". Il estimait qu'il n'y avait pas de handicap actuellement.

Dans son rapport du 10 septembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr Z._____, médecine générale FMH, a posé les diagnostics avec effet sur

la capacité de travail d'obésité, d'hypertension artérielle, de diabète et d'hypercholestérolémie, ces trois dernières affections existant depuis 1995. Il a indiqué que le recourant avait été employé dans une imprimerie familiale (emplois très variés) et avait cessé son travail lors de la faillite de celle-ci. Il a précisé que l'activité exercée jusqu'alors était raisonnablement exigible, pour autant qu'il n'y eût pas trop de stress et que le travail fût raisonnablement physique.

Sur le vu des avis médicaux recueillis, l'OAI était ainsi fondé à constater que, comme le lui a confirmé le Dr H. _____ dans un avis SMR du 12 septembre 2008, aucun médecin n'attestait une quelconque incapacité de travail durable secondaire à un problème de santé au sens de la LAI. Partant, l'appréciation médicale opérée par l'OAI sur la base de rapports médicaux concordants ne prête pas le flanc à la critique, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante.

d) Force est enfin de constater que les opérations que le recourant annonçait devoir subir sont postérieures à la décision attaquée (in casu: du 13 janvier 2009), de sorte qu'une éventuelle incapacité de travail en résultant ne peut être prise en considération dans le cadre du présent recours. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366, 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1).

e) En définitive, la décision entreprise échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé

invalidante au sens de l'assurance-invalidité et qu'il n'a dès lors pas droit à des prestations de cette assurance.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- 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 :

- M. C. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 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 :