

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], en Suisse depuis 2009, travaille depuis 2014 en qualité d'employé de magasin, au secteur nourriture de la société U._____ SA.

Le 5 mai 2022, l'assuré a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce. Lors d'un entretien du 15 juin 2022, il a expliqué qu'il était atteint d'une pathologie ophtalmique congénitale et qu'il ne voyait que d'un œil. Cela engendrait de la fatigue, des maux de tête et des troubles de la concentration. Depuis le mois de mai 2022, il avait réduit son taux de travail à 60 % car il était trop fatigué.

Le 22 juin 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 12 juillet 2022, la Dre W._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmologue traitante depuis mars 2022, a posé le diagnostic de perte fonctionnelle de l'œil gauche (œil non-voyant) en raison d'une cataracte congénitale. L'assuré était capable de travailler à 60 % dans toutes activités, les tâches avec des efforts visuels intenses faisant obstacle à sa réadaptation. Une opération de la cataracte pouvait être envisagée, à des fins uniquement esthétiques. Un suivi était prévu tous les six mois.

Dans un rapport employeur complété le 2 août 2022, U._____ SA a indiqué que l'assuré n'avait pas connu de période d'incapacité pour des raisons de maladie ou d'accident. L'employeur a décrit le poste de travail occupé par l'assuré, précisant que ce dernier ne rencontrait pas de limitations dans l'accomplissement de ses tâches et ne l'avait pas informé de quelconques problèmes de santé.

Le 8 août 2022, l'assuré a complété le formulaire de détermination du statut, indiquant que sans atteinte à la santé il

travaillerait à plein temps depuis toujours, par nécessité financière, dans tous types d'activités. Il a ajouté que, en bonne santé, il serait en train de chercher du travail pour compléter son pourcentage.

Dans un rapport du 7 octobre 2022, la Dre M._____, médecin traitante, a posé les diagnostics de troubles visuels de l'œil gauche depuis longtemps (l'enfance) très aggravés depuis quelques années et de monophthalmie de l'œil droit. Elle a renvoyé à l'appréciation de l'ophtalmologue s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, celui-ci ayant réduit son taux de 100 % à 60 % en mai 2022. Elle a précisé qu'il souffrait de difficultés de concentration ou de douleurs oculaires après 2 heures de travail et avait besoin de faire des pauses lors des travaux nécessitant de la concentration. La Dre M._____ a joint un rapport établi le 22 septembre 2022 par la Dre W._____, dans lequel elle indiquait que l'assuré avait besoin de faire des pauses de 5-10 minutes toutes les heures de travail réalisées sur un écran. Elle avait prescrit des larmes artificielles à raison d'une goutte quatre fois par jour durant un mois.

Lors d'un entretien du 30 novembre 2022, l'assuré a exposé à un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI que son poste de caissier lui plaisait et était adapté à son état. Il n'envisageait pas d'autres solutions compte tenu de son atteinte. Dans ces circonstances, le spécialiste a retenu qu'aucune mesure professionnelle ne serait accordée.

Dans un compte rendu de permanence du 13 décembre 2022, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé de poursuivre l'instruction médicale, en raison du fait que l'assuré avait lui-même réduit son taux et que son médecin traitant avait établi un certificat médical postérieurement à cette réduction. Or le diagnostic actuel ne justifiait pas de diminution de la capacité de travail, l'assuré ayant perdu son œil gauche au cours de sa petite enfance.

Le 15 mars 2023, la Dre W._____ a répondu à un questionnaire de l'OAI, indiquant que l'assuré présentait une atteinte à son œil gauche depuis l'enfance, sans savoir depuis quand, et que cette

atteinte avait provoqué une perte fonctionnelle totale de cet œil. Il y avait également une suspicion de glaucome de l'œil droit. L'état de santé sur le plan strictement ophtalmologique n'avait pas évolué, la situation étant stationnaire depuis son dernier rapport. Questionnée à propos de la notion d'effort visuel évoquée dans son dernier rapport, elle a précisé que le temps d'écran devait être réduit. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'ophtalmologue a renvoyé à l'avis de la médecin traitante.

Sollicité pour avis, le SMR a retenu le 26 mai 2023 que l'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles étaient présentes depuis l'enfance et étaient donc antérieures à l'entrée en Suisse en 2009. L'assuré avait pu mener son activité habituelle à 100 % avec cette atteinte et ses limitations fonctionnelles depuis 2014. Si la monophthalmie justifiait une diminution du temps d'exposition aux écrans, cela n'avait pas influencé le taux dans l'activité habituelle sur les 8 années précédentes. Il n'y avait par ailleurs pas de faits médicaux ou de changements de l'état de santé documenté expliquant la diminution du taux d'activité en mai 2022. Le SMR a ainsi retenu une capacité de travail à plein temps dans toutes activités.

Le 30 mai 2023, un spécialiste en réinsertion professionnelle a estimé que l'assuré n'avait pas besoin des mesures de réadaptation, ni d'une aide au placement, compte tenu des conclusions du SMR.

Dans un projet de décision du 1^{er} juin 2023, confirmé par décision du 11 juillet 2023, l'OAI a refusé de prester en faveur de l'assuré. Il a retenu que l'assuré présentait une diminution de sa capacité de travail depuis le mois de mai 2022. Toutefois, après examen du dossier, l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans toutes activités respectant la limitation fonctionnelle suivante : diminution du temps passé sur un écran. L'assuré avait en effet pu mener son activité habituelle à 100 % avec son atteinte ophtalmique depuis 2014. De plus, si cette monophthalmie justifiait une diminution du temps d'exposition aux écrans, cela n'avait pas influencé le taux de capacité de travail sur les 8 années

précédentes. Aussi, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Le droit à des mesures professionnelles était aussi nié.

B. Par acte du 4 août 2023, P._____ a recouru contre cette décision auprès de l'OAI. Il a exposé que l'atteinte ophtalmique dont il souffrait lui causait de la fatigue et des douleurs, surtout ces derniers temps, et qu'il ne voulait pas perdre complètement la vue. Il avait donc réduit son taux de travail à 60 % afin de suivre l'avis de son médecin qui préconisait de se reposer 15 minutes toutes les heures, de prendre un traitement antalgique et de porter des lunettes, car cela n'était pas possible à réaliser à son poste. Depuis lors, il se sentait mieux, mais sa situation financière en était affectée.

Le 7 août 2023, l'OAI a transmis le recours et une copie de la décision entreprise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence.

Par réponse du 21 septembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant plus particulièrement à l'avis SMR du 23 février 2023.

Se déterminant le 25 octobre 2023, le recourant a réitéré ses explications.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en

corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé.

b) En l'occurrence, le recours dirigé contre la décision du 11 juillet 2023 a été adressé à l'OAI le 4 août 2023, soit dans le délai de trente jours, puis a été transmis le 7 août 2023 à la Cour de céans. Le recours a ainsi été déposé en temps utile (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; art. 39 al. 2 et 60 LPGA). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente d'invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). En l'occurrence, compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 11 juillet 2022, le nouveau droit est applicable.

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

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

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).

4. L'OAI a refusé de prêter 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

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.

5. a) Partant, le recours 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 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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 juillet 2023 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 d'P._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- P. _____,
- 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).

La greffière :