

VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 1123 vom 5. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2009__1123

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 1123 du 5 février 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 1123 del 5 febbraio 2010

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE MÉDICALE | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 4 al. 2 LAI, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans le délai de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée et respectant les autres exigences formelles légales, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 c. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). En revanche, les modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne sont pas applicables au présent cas, qui doit être examiné au regard des normes légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. L'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié la définition de l'invalidité et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la

E. 4

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 c. 3a et les références citées). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C_776/2007 du 14 août 2008; ATFA, 28 octobre 2002, I 523/02, c. 3; ATF 125 V 351 c. 3a). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 c. 5.2). En revanche, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

E. 5

juin 2007 qu'elles ne pouvaient être cause d'invalidité dans une activité légère, ce qui n'est infirmé par aucun élément médical au dossier. Enfin, les avis des Drs F. _____ et D. _____, médecins généralistes traitant successifs, n'établissent pas en quoi les paresthésies et lombalgies qu'ils diagnostiquent limiteraient la capacité de travail exigible du recourant et ne sont au demeurant corroborés par aucun autre avis médical. d) Le dossier médical du recourant s'avérant suffisamment complet pour permettre à la cour de céans de statuer, il n'y a dès lors pas lieu d'en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sur le plan somatique, comme le demande le recourant dont la requête en ce sens doit être écartée.

E. 6

En conclusion, il convient d'admettre le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré de 50% depuis le 1^{er} janvier 2008 (soit au terme du délai d'un an prévu par l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), comme le reconnaît l'intimé. Cela étant, le recours doit être admis partiellement et la décision attaquée réformée dans le sens de ce qui précède.

E. 7

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 52 al. 1 LPA-VD). Obtenant en partie gain de cause, le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens, dont le montant doit être fixé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige; cette indemnité sera mise à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGa; art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

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