

VD_GERICHTE ZD07.012899 vom 29. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.012899

FR: VD_GERICHTE ZD07.012899 du 29 septembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZD07.012899 del 29 settembre 2010

Erwägungen

E. 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 contestés ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413,

- 16 - consid. 2c et les références). Le juge n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1; TF 9C_831/2009 du 12 août 2010, consid. 3.1). b) Est litigieux en l'espèce, le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail entière retenue par l'autorité intimée dans une activité réputée adaptée aux atteintes fonctionnelles du recourant.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

- 17 - 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. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur

- 18 - probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, 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 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 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 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

- 19 - c) Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010, consid. 5.2; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006, consid. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C 537/2009 du 1er mars 2010, consid. 3.2 et 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4).

E. 4

a) En l'espèce, il convient d'emblée de relever que la décision querellée, qui date du 19 mars 2007, a été rendue moins de six mois après le dépôt, par l'expert, de son rapport en date du 24 octobre 2006. Cela étant, on ne saurait considérer que dite expertise n'était pas d'une actualité suffisante pour permettre à l'OAI de statuer sur la situation médicale du recourant et rendre la décision litigieuse. Reste à déterminer si l'expertise en question remplit les critères jurisprudentiels requis en matière de force probante. L'expertise sur laquelle le SMR et partant l'OAI se fondent pour retenir une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles a été effectuée par un médecin indépendant de l'intimé, soit le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne. Au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, il retient une gonarthrose varisante droite et des lombalgies chroniques non spécifiques. Il précise que, si ces affections de l'appareil locomoteur ne sont quasiment plus compatibles avec l'activité de serrurier-soudeur précédemment exercée par le recourant, l'exercice à 100 % d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant de ces troubles (prohibition du port de charges répété de plus de 10 à 15 kg, de déplacements en terrain accidenté, de l'utilisation d'échelles, de travaux en zone basse nécessitant de fréquents accroupissements et relèvements) est toutefois raisonnablement exigible.

- 20 - Quant aux autres plaintes du recourant associées aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus par l'expert, celui-ci explique que soit elles n'ont pas de substrat organique (épigastralgies), soit pas de limitation fonctionnelle significative (pathologies pulmonaires, syndrome métabolique, dyslipidémie, hypertension artérielle traitée et diabète de type II traité à partir de 2005). Cela étant, les conclusions du rapport d'expertise, tant en ce qui concerne les atteintes à la santé invalidantes que présente le recourant mais aussi leurs répercussions sur la capacité de travail et l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de sa part, sont claires et bien motivées. Elles ont pour fondement non seulement l'examen clinique du recourant, qui a eu lieu le 25 septembre 2006, sur la pleine connaissance du dossier de l'intéressé (anamnèse et examen des rapports médicaux le concernant), mais aussi sur la description circonstanciée du contexte médical ainsi que sur l'appréciation de la situation médicale du recourant. Dans cette mesure, le rapport d'expertise répond aux critères jurisprudentiels en matière de force probante. Ceci dit, il convient de savoir si, comme le soutient le recourant, d'autres éléments médicaux sont susceptibles de remettre en question la pertinence de ses conclusions. Or, si on se réfère aux rapports émanant des médecins traitants du recourant que celui-ci a produits durant la procédure de recours, force est de constater que, soit ils ne sont pas pertinents dans la mesure où ils font état de pathologies qui n'existaient pas au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit ils rejoignent les conclusions de l'expertise en ce qui concerne à tout le moins les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle. Ainsi, le

rapport médical établi le 1er décembre 2009 par le Dr O. _____, qui fait état d'une coxarthrose bilatérale symptomatique pour laquelle une prothèse totale de la hanche est envisagée, d'abord à droite puis à gauche et d'un syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère diagnostiqué en mars 2009, précise qu'il ne dispose d'aucun élément lui permettant de contester le rapport d'expertise, qui, selon lui, reflète bien la situation du recourant au moment où l'expertise a été effectuée. Pour le surplus, si, en se référant aux problèmes orthopédiques et

- 21 - pneumologiques du recourant, le Dr O. _____ estime que la capacité de travail est de 0 % dans l'activité de serrurier-soudeur, il ne donne pas d'appréciation quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, mais se contente d'indiquer les limitations fonctionnelles (prohibition de port de charges supérieures à 2-3 kg, de marche de plus de 20 minutes uniquement en terrain plat et possibilité de changer de position toutes les 10 minutes environ). Le Dr V. _____, qui évoque lui aussi le diagnostic de coxarthrose symptomatique à droite et la mise en place d'une prothèse totale de la hanche en 2010 (rapport du 4 février 2010), relève qu'il lui est difficile de se prononcer quant aux capacités fonctionnelles ultérieures de son patient sur le plan orthopédique, tout en indiquant partager l'avis de l'expert en ce qui concerne la description des limitations fonctionnelles. Quant au diagnostic de syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère sur bronchopneumopathie chronique retenu par le Dr???. _____ dans un rapport médical du 5 octobre 2009, il apparaît que la seule limitation fonctionnelle qui en découle consiste à éviter les travaux de force, limitation déjà prise en compte eu égard au problème de l'appareil locomoteur. Enfin, la situation est similaire en ce qui concerne la glomérulosclérose segmentaire et focale que présente le recourant, puisque le Dr R. _____ précise qu'en l'absence d'insuffisance rénale, il n'existe aucune contre-indication sur le plan néphrologique à une activité professionnelle adaptée à plein temps. Cela étant, force est de constater que les avis des médecins traitants du recourant non seulement ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise, mais encore les rejoignent pour la question des limitations fonctionnelles. En conclusion, aucun motif ne justifie que l'on s'écarte des motifs et des conclusions de l'expertise du Dr C. _____ du 25 octobre 2006, lesquels ont été repris par la décision litigieuse. Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert le recourant. b) S'agissant pour le surplus du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat et doit

- 22 - donc être confirmée, de sorte que le degré d'invalidité de 10 %, nettement inférieur au minimum de 40% ouvrant le droit à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI), doit être retenu.

E. 5

a) Ainsi, le recours sera rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens,

le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 23 -

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