

VD_GERICHTE ZD07.028882 vom 2. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.028882

FR: VD_GERICHTE ZD07.028882 du 2 mars 2010

IT: VD_GERICHTE ZD07.028882 del 2 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

- 15 - b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière. 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 recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 28 août 2007 et à ce que soit ordonnés une expertise relative à l'état de santé physique et psychique du recourant et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir constaté les faits déterminants de façon inexacte, respectivement incomplète, et requiert qu'une expertise soit mise en oeuvre.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (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

- 16 - d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b) Aux termes de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il

n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

E. 4

a) Le recourant fait valoir que son état de santé tant physique que psychique est tel qu'aucune activité professionnelle ne peut plus raisonnablement être exigée. Se fondant principalement sur les avis médicaux des Drs L. _____ et X. _____ produits en annexe à son recours, qui attestent qu'il souffre d'une cardiopathie ischémique, de lombalgies, d'un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, d'un syndrome douloureux persistant, d'un trouble mixte de la personnalité et d'une modification durable de la personnalité entraînant une incapacité totale de travail de longue date, le recourant requiert la mise en œuvre d'un complément d'enquête médicale sur son état de santé physique et psychique, reprochant à l'intimé d'avoir instruit sa cause de façon incomplète, respectivement inexacte. b) En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1ère phrase LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y

- 17 - compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD), ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD). Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). 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, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois 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, précité, consid. 5.2). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'assureur est tenu d'ordonner

- 18 - une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TF I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). c) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction, les investigations médicales ordonnées par l'OAI ont été limitées à l'examen

rhumatologique du recourant et ont conduit l'intimé à reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges et des efforts physiques. Or, dans le rapport médical du 27 juin 2003, le médecin traitant de l'assuré à l'époque, le Dr W. _____, indiquait, outre une maladie coronarienne tritonculaire depuis 2000 et une hernie discale C5-C6 depuis 2002, une "dépression nerveuse existante depuis 2001". En outre, le rapport d'expertise du Prof. R. _____ du 3 octobre 2005 indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré non seulement un coronopathie, mais également des myalgies chroniques, sans substrat organique (depuis très longtemps), des cervicalgies et un probable état anxiodépressif. Tout en estimant que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations données par son cardiologue, l'expert relevait toutefois que l'assuré paraissait déconditionné, disait manquer d'entrain, n'avait pas d'envie dans l'existence et manquait de motivation, de sorte qu'il existait un "état anxiodépressif sous-jacent qui mériterait d'être investigué et traité, notamment en vue d'une reprise professionnelle". Nonobstant cet avis, les médecins du SMR (rapport du 3 novembre 2005) ont considéré que l'état dépressif de l'assuré était réactionnel, n'avait pas nécessité de consultation ou de traitement psychiatrique et n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré a été mis au bénéfice de stages, au terme desquels ses rendements et son engagement ont été qualifiés de médiocres. Se fondant sur l'avis du SMR et les remarques du CIP, selon lesquelles l'aptitude de l'assuré était due à un manque de volonté et de motivation (rapport OSER du 16 octobre 2006), l'OAI a refusé de considérer l'état de santé psychique du recourant comme invalidant, en

- 19 - relevant que son attitude ne correspondait pas à celle à laquelle il était en droit de s'attendre et a nié son droit à une rente. En procédure de recours, l'assuré a produit un rapport médical établi le 26 novembre 2007 par le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il retient comme diagnostics : • trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère (F 33.1), • syndrome douloureux persistant (F 45.4), • trouble mixte de la personnalité (F 61.0), • modification durable de la personnalité (F 62.9) Le psychiatre explique suivre l'assuré depuis le 25 avril 2007. Auparavant, il a été suivi par le Dr [...], puis par le Service de psychiatrie du Q. _____. Le Dr L. _____ précise que le tableau dépressif, présent de longue date, a amené des consultations et traitements spécialisés à partir de 2005, sans évolution significative, et que l'assuré présente un état dépressif majeur avec une symptomatologie chronique et fixée, résistant au traitement. Les symptômes principaux en sont la tristesse, une perte d'espoir complet, un sentiment de dévalorisation marqué avec des éléments de ruine, comme le fait d'être détruit, de ne plus fonctionner, d'avoir un cerveau inopérant. La fatigue est constante, les difficultés de concentration et la diminution de la mémoire soulignés comme le signe de la déchéance. Présence d'idées suicidaires envahissantes et scénarisées : la peine que l'assuré a à prendre son traitement cardiaque peut, dans ce contexte, se comprendre comme des équivalents suicidaires. Le psychiatre en conclut que son patient présente une incapacité de travail de 100 % de longue date et que, d'un point de vue psychiatrique, une évolution vers le rétablissement est improbable. Au vu des éléments médicaux rapportés dans la pièce mentionnée au considérant précédent, il apparaît que, comme le soupçonnait le Prof. R. _____ dans son rapport d'expertise du 3 octobre 2005, l'assuré souffre d'un état dépressif de longue date. Il semble également que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR - qui n'a jamais procédé à un examen clinique du recourant - respectivement l'intimé, l'assuré a été suivi par des psychiatres depuis 2005 mais les traitements

- 20 - mis en place n'ont pas amené d'évolution significative. A cela s'ajoute le fait que, de l'avis de son psychiatre traitant, le recourant présente également un syndrome douloureux persistant, un trouble mixte de la personnalité et une modification durable de la personnalité. L'ensemble de ces troubles conduit ce spécialiste à considérer que son patient est incapable de travailler dans quelque activité que ce soit. Dans ces conditions, il faut admettre que l'état psychique du recourant paraît pour le moins s'être globalement péjoré depuis le dépôt de sa demande de rente AI en 2003 et en tout cas depuis 2005. Reste à déterminer si cette péjoration est invalidante et ne permet plus au recourant d'exercer une quelconque activité professionnelle. Les éléments au dossier ne sont toutefois pas suffisants pour permettre à la cour de céans de statuer sur ce point. En effet, l'avis du psychiatre traitant, bien que concluant quant à la réalité de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant est toutefois peu détaillé et surtout descriptif, de sorte qu'il n'apparaît pas suffisamment objectif pour qu'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même en ce qui concerne l'aspect rhumatologique : si, en 2005, l'expert n'a retenu aucune atteinte déterminée sur le plan ostéo-articulaire, on constate que l'ensemble des pièces au dossier font état de nombreuses douleurs persistantes (cervicales et lombaires surtout). Le rapport d'expertise du Prof. R. _____ mentionne d'ailleurs lui aussi des "myalgies chroniques sans cause organique susceptible de l'expliquer, présentes depuis de nombreuses années". Dans son attestation du 26 novembre 2007, le psychiatre traitant pose pour sa part le diagnostic de syndrome douloureux persistant. Ces éléments rendent vraisemblable une péjoration de l'état de santé du recourant sur ce plan, qui mérite elle aussi d'être investiguée plus avant, l'expertise rhumatologique datant au demeurant de 2005. En conclusion, il faut considérer que seule une expertise bidisciplinaire, à savoir psychiatrique et rhumatologique, est à même de clarifier la situation médicale du recourant et de déterminer quelles atteintes sont invalidantes au sens de l'AI, depuis quand et à quel degré. Dès lors que l'intimé a omis d'ordonner ce complément d'instruction, le

- 21 - grief de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est bien fondé. Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation globale du degré d'invalidité du recourant. Il importe que l'OAI ne tarde pas à rendre cette nouvelle décision, étant donné que la demande de prestations a été déposée il y a plus de 6 ans.

E. 5

a) Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). b) Le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, le recourant a été assisté par le Centre social protestant, soit un organisme offrant une représentation qualifiée, de sorte qu'il a droit à une indemnité de dépens (ATF 122 V 278; TF 9C_600/2007 du 12 janvier 2009); il y a lieu d'en arrêter le montant à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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