

VD_GERICHTE ZD08.032779 vom 3. Mai 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.032779

FR: VD_GERICHTE ZD08.032779 du 3 mai 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.032779 del 3 maggio 2010

Erwägungen

E. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

- 29 - 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé 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 auprès du 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 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), 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). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01).

E. 2

Dans son recours, X. _____ critique la décision de l'OAI dans la mesure où celle-ci ne tient pas compte d'une incapacité de travail liée à l'atteinte psychiatrique. En revanche, il ne conteste pas l'évaluation somatique. Il fait d'abord valoir la pertinence des expertises V. _____ et S. _____, puis la coordination avec la CNA. 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). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les

- 30 - traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se

placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées). Toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût- ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; 1987 p. 458). 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, 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.

- 31 - Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201], lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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 capable 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1). 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

- 32 - 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). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatique et psychique, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (TFA I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.3, et les références; I 143/03 du 26 mai 2003, consid. 3.3). En outre, 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; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). 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 514/06 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 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3) c) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité.

- 33 - Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré, La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente.

Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle

- 34 - s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288, consid. 2d; 119 V 474, consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s., consid. 3; 2001 n° U 410 p. 73, consid. 3; TFA U 222/03 du 19 juillet 2004; U 288/03 du 24 mars 2004; I 564/02 du 13 janvier 2004).

E. 3

a) En l'espèce, la CNA s'est fondée sur l'expertise du Dr S. _____ pour finalement considérer que l'incapacité du travail du recourant devait être arrêtée à 50% (décision du 28 juin 2007). Il convient de remarquer que ce taux de 50% résulte d'une discussion du Dr S. _____ avec le recourant. Ce médecin lui a demandé s'il était d'accord de travailler à 50%. C'est suite à son approbation que le Dr S. _____ a fixé l'incapacité de travail sur le plan psychique à 16%, en déduisant le taux d'incapacité de gain sur le plan somatique retenu par la CNA dans sa décision du 30 août 2005, soit 34%, de 50% – taux auquel le recourant accepte de travailler. Il ressort donc que l'incapacité de travail n'a pas été estimée par le médecin seul et que cette évaluation ne repose pas sur des éléments objectifs. Par ailleurs, le taux de 34% retenu par la CNA représente la diminution de la capacité de gain mais non l'incapacité de travail. Or, il ressort de la décision de la CNA du 30 août 2005 que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En outre, compte tenu du fait que le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition d'un taux d'incapacité de travail d'origine somatique avec un taux d'incapacité de travail d'origine psychique, mais procède d'une évaluation globale, la détermination du taux d'invalidité réalisée par le Dr S. _____ n'apparaît pas comme conforme au droit. Pour ces différents motifs, on ne peut considérer que l'expertise S. _____, qui ne repose pas sur une appréciation réelle et médicale de la capacité de travail de l'assuré, permette d'évaluer à satisfaction de droit son incapacité de travail sur le plan psychique. Au demeurant, si l'on devait suivre le Dr S. _____ et arrêter l'incapacité de travail sur le plan psychique à 16%, son revenu annuel d'invalidité en 2003

- 35 - se monterait à 43'701 fr. 47 (= [57'806 fr. 18 – 16%] – 10%), de sorte que, compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité en 2003 de 63'005 fr., le degré d'invalidité serait de 30,64% et s'avèrerait ainsi, en tout état de cause, insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente. S'agissant du diagnostic posé par ce médecin, à savoir un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée, il est retenu lorsque la symptomatologie anxieuse ou dépressive est d'une intensité insuffisante pour pouvoir retenir un épisode d'intensité légère ou un trouble anxieux. Pour cette raison déjà, une incapacité de travail ne peut être attribuée à un tel diagnostic. Au demeurant, le Dr S. _____ ne motive notamment pas pour quelle raison cette atteinte rendrait toute mise à profit de la capacité de travail irraisonnable (cf. ATF 135 V 215, consid. 6.1.1, et la référence). On ne peut dès lors retenir qu'un tel diagnostic justifie objectivement la reconnaissance d'une incapacité de

travail. En tout état de cause, l'accident subi par le recourant doit être qualifié de banal, de sorte qu'il convient de nier d'emblée l'existence d'un lien de causalité adéquate entre la chute du recourant et les troubles psychiques rapportés par le Dr S._____, d'autant plus que les critères posés par la jurisprudence ne se cumulent pas ni ne revêtent une intensité dans une mesure suffisante à cette fin (cf. ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1). Au vu de ce qui précède, l'évaluation du Dr S._____ n'est ainsi pas convaincante, de sorte qu'il convient de s'en écarter. En ce qui concerne l'expertise précédente – soit celle du Dr V._____ –, elle est en contradiction avec l'expertise S._____ dans la mesure où elle reconnaît une incapacité de travail de 70%. Il est question de troubles somatoformes douloureux sans que les critères correspondant ainsi qu'un éventuel caractère invalidant ne soient toutefois examinés. Par ailleurs, l'expertise V._____ retient, sans le motiver – notamment sans examiner la situation sous l'angle des critères du CIM-10 –, un état de stress post-traumatique. Selon le CIM-10, ce trouble constitue une réponse

- 36 - à une situation ou à un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophiques et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (F43.1). Or, le recourant présentait uniquement quelques réviviscences de l'accident, une à plusieurs fois par jour durant quelques minutes, sans que cela ne domine son vécu. En outre, les critères pour l'existence d'un tel trouble ne se retrouvent pas lors de l'examen psychiatrique du SMR réalisé par le Dr R._____. Dans ces circonstances, on ne peut reconnaître le caractère invalidant, voire l'existence même d'une telle atteinte, des symptômes d'état de stress post-traumatique ne suffisant pas à poser le diagnostic. Quant au trouble dépressif, il était en rémission partielle à l'époque de l'expertise V._____, ce malgré le fait que le recourant ne prenait pas l'antidépresseur prescrit (absence de compliance au traitement prescrit). Selon le Dr R._____, ce trouble n'existait pas au moment où le Dr V._____ a pratiqué son examen. De manière générale, cette expertise est discutée dans le rapport d'examen psychiatrique SMR, établi par le Dr R._____, lequel a estimé que l'incapacité de travail retenue par le Dr V._____ n'était pas justifiée. En tout état de cause, en l'absence de compliance au traitement anti-dépresseur, il convient de retenir que le recourant n'avait pas entrepris tout ce qui était exigible de sa part pour diminuer son dommage. Par conséquent, l'incapacité de travail arrêtée par le Dr V._____ n'apparaît pas comme pertinente ni fondée, de sorte qu'il convient de s'écarter de ses conclusions. En ce qui concerne le rapport d'examen psychiatrique du Dr R._____, celui-ci est fouillé, détaillé et complet. Il discute et analyse chaque divergence d'avec l'expertise V._____ et explique de façon convaincante pour quelles raisons il estime que celle-ci ne peut être suivie. Il a notamment discuté des critères de Mosimann pour exclure un trouble somatoforme douloureux. Etant cohérent et exempt de contradictions – au demeurant, le recourant n'a su susciter le moindre doute quant à la validité de ce rapport –, il convient de retenir, à l'instar de

- 37 - ce médecin, que la capacité de travail de l'assuré, sur le plan psychiatrique, est entière dans toute activité. b) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée – ce qu'il ne conteste par ailleurs pas – et qu'il en va de même, sur le plan psychique, dans toute activité. Dans ces circonstances, la capacité de travail globale du recourant est entière dans une activité adaptée. En reprenant les revenus 2003 déterminés par l'OAI, lesquels n'ont pas par ailleurs pas été contestés par le recourant, on constate que le degré d'invalidité de

celui-ci est de 17,43%, ce qui est insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a supprimé la rente du recourant au 30 septembre 2003, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (juillet 2003; cf. art. 88a al. 1 RAI).

E. 4

En définitive, le recours mal fondé doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. 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. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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