

VD_GERICHTE ZD08.033224 vom 31. Mai 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.033224

FR: VD_GERICHTE ZD08.033224 du 31 mai 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.033224 del 31 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent en matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), y compris aux recours déposés avant son entrée en vigueur, le 1er janvier 2009, compte tenu de l'art. 117 al. 1 LPA-VD. Dès lors, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Le recours, déposé en temps utile, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

- 10 -

E. 2

a) Le requérant conteste l'appréciation de l'autorité intimée, selon laquelle il dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle ou dans toute autre activité adaptée. Il estime qu'il est totalement incapable de travailler et se réfère, à l'appui de cette appréciation, au rapport du 23 avril 2005 du Dr X._____.

b) aa) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI). L'assuré a droit à une rente lorsque 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). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci 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 (art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI). bb) 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 permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se

- 11 - 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 (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000 KV 124 p. 214). Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs 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 (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; 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 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). En revanche, 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. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc). cc) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées).

- 12 - c) Dans la présente cause, le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant du recourant, a retenu, dans un certificat médical du 1er septembre 2004 à l'attention de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, que son patient présentait une incapacité de travail de 50 % depuis plusieurs années. Dans un rapport du 23 avril 2005 à l'OAI, ce médecin a confirmé que W. _____ présentait, en raison d'un trouble dépressif chronique, une incapacité de travail de 50 % depuis le mois de mai 1999. Il a encore estimé que l'incapacité à travailler était totale depuis la fin du mois de février 2005. En annexe à son rapport, le Dr X. _____ avait joint un rapport d'expertise du 6 octobre 2001 du Dr

T. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, selon lequel le recourant disposait d'une capacité de travail réduite de 50 %, en raison d'un trouble dépressif récidivant et de modification durable de la personnalité. Dans un rapport du 11 juin 2005, le Dr D. _____, pneumologue FMH, a indiqué que le recourant souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil pouvait avoir une importante répercussion sur sa capacité de travail, tout en précisant qu'un traitement adéquat et couronné de succès amènerait une amélioration à cet égard. Si un premier traitement n'a pas conduit à un progrès notable, un BPAP a été mis en place, en 2007, dans le cadre d'un état de santé jugé stationnaire par le Dr B. _____, du CHUV. Le recourant s'est soumis à un examen clinique psychiatrique pratiqué le 28 mai 2008 par la Dresse I. _____, du SMR. Dans un rapport du 6 juin suivant, les Dresses N. _____ et I. _____, après avoir procédé à l'anamnèse complète du recourant et avoir rapporté ses plaintes, ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Elles ont relevé qu'il s'agissait d'une maladie psychiatrique chronique et invalidante, avec des décompensations imprévisibles greffées sur une fragilité psychologique, chez une personnalité anxieuse à traits abandonniques. Les médecins ont exclu l'existence d'un trouble de la personnalité grave. Elles ont estimé que le recourant avait trouvé un rythme qui lui permettait de reprendre n'importe quelle activité

- 13 - professionnelle, à un taux de 50 % au maximum, compte tenu du risque de décompensation dépressive et d'une diminution des ressources d'adaptation au changement.

d) Dans la décision entreprise, l'OAI, suivant l'avis du 16 juin 2008 du SMR, s'est fondé sur le rapport d'examen psychiatrique ci-dessus pour apprécier l'état de santé psychique du recourant et pour déterminer le taux d'incapacité de travail. Ce faisant, il a fait une correcte application de la jurisprudence, selon laquelle un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises (ATF 135 V 254 c. 3.3.2), ce qui est le cas en l'espèce, dès lors que les médecins qui ont procédé à l'anamnèse complète du recourant, ont exposé ses plaintes et son statut psychique, ont établi un diagnostic et ont motivé leur appréciation de manière claire et circonstanciée. Leur rapport repose donc sur des investigations complètes et son résultat est convaincant, sans qu'aucun élément du dossier ne permette d'en douter. A cet égard, il faut rappeler que le Dr X. _____ est non seulement médecin généraliste FMH, et non spécialiste en psychiatrie, mais qu'il est également le médecin traitant de W. _____, de sorte que son avis doit être apprécié avec réserve et ne saurait l'emporter sur l'appréciation des spécialistes du SMR. Pour le surplus, l'OAI devait établir la capacité de travail et l'état de santé du recourant au jour du début de l'atteinte invalidante de longue durée, soit au mois de novembre 2001. Dès lors que, comme il l'a lui-même indiqué, le recourant n'a consulté la Dresse R. _____ qu'à partir du mois de novembre 2006, il n'apparaît pas en quoi il aurait été nécessaire d'interpeller ce médecin. On ajoutera que rien n'empêchait l'intéressé, au demeurant assisté d'un mandataire professionnel dans la procédure de recours, de produire lui-même un certificat ou un rapport médical de son psychiatre traitant, s'il l'estimait indispensable. Le maxime inquisitoire consacrée à l'art. 43 LPGA n'interdit pas aux parties de participer à l'administration des preuves de manière active. Or, le recourant, qui paraît soutenir que l'avis de son médecin traitant serait de nature à conforter ses allégations, ne l'a produit ni auprès de l'OAI ni dans

- 14 - la procédure de recours. L'importance de cette pièce apparaît donc bien relative. Quoi qu'il en soit, l'avis de la Dresse R. _____ ne serait dans tous les cas pas de nature à

l'emporter sur celui des spécialistes du SMR, dès lors qu'elle est le psychiatre traitant du recourant. e) Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que l'office intimé s'est à juste titre fondé sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 juin 2008 pour déterminer la capacité résiduelle de travail médico-théorique du recourant, soit 50 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un risque de décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et une diminution des ressources d'adaptation au changement. Ce document répondant aux exigences jurisprudentielles dispose d'une pleine valeur probante. On relèvera d'ailleurs que, par lettre du 13 août 2008, le recourant avait indiqué qu'il acceptait de manière définitive le projet de décision de l'OAI, de sorte que l'appréciation de l'incapacité de travail semblait, à l'époque, avoir rencontré son adhésion. Dans ces conditions, il est inexact de prétendre, comme le fait le recourant, que le dossier de la cause est incomplet, en particulier au sujet de sa santé psychique. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner la mesure d'instruction demandée par W. _____, qui a requis la production au dossier d'un rapport médical émanant de son psychiatre traitant, puisqu'elle ne serait pas de nature à modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

E. 3

a) Le recourant fait encore valoir qu'au moment de la décision entreprise, il se trouvait à treize mois de l'âge légal de la retraite et qu'il était déjà âgé de 60 ans lors du dépôt de la demande de prestations. Il estime que, compte tenu des atteintes à sa santé psychique et des limitations fonctionnelles qu'elles entraînent, ainsi que du fait qu'il n'a plus travaillé depuis 2001, l'OAI aurait dû constater qu'il n'avait aucune possibilité de se réinsérer dans le monde professionnel et donc lui octroyer une rente complète d'invalidité.

- 15 - b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 c. 3b et les réf. citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 c. 1 et les réf. citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 230 c. 3c et les réf. citées), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est

soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la

- 16 - prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 c. 5.2 et les réf. citées). c) En l'espèce, le recourant, né le 16 avril 1945, était âgé de 63 ans au moment où la décision entreprise a été rendue, le 9 octobre 2008. Il lui restait peu ou prou une année et demie jusqu'à l'âge légal de la retraite de 65 ans (art. 21 al. 1 let. a LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10), de sorte qu'on peut admettre qu'il était proche de cette échéance. En outre, il ressort du rapport du 6 juin 2008 du SMR que W._____, employé de commerce de formation, a été licencié à diverses reprises et qu'il a connu des changements de poste de travail et des périodes de chômage. Depuis le licenciement survenu en 1993, il n'a plus exercé d'emploi stable, effectuant uniquement des missions temporaires. Il a même cessé toute activité professionnelle depuis l'année 2001, sortant ainsi du marché du travail quatre ans déjà avant sa demande de rente. De plus, le recourant présente un risque de décompensation dépressive, et donc d'absentéisme important, ainsi qu'une diminution de ses possibilités d'adaptation au changement. Au vu de ces éléments, il apparaît irréaliste que le recourant puisse trouver un poste de travail à 50 % d'ici l'âge de la retraite. Sur le plan économique, l'incapacité de travail et de gain est donc quasiment totale, de sorte qu'il y a lieu d'admettre, ensuite de l'examen particulier effectué conformément à la jurisprudence précitée, que le recourant présente un taux d'invalidité de 100 %. Il a donc droit à une rente entière dès le 1er mars 2004 (art. 48 al. 2 aLAI en vigueur au moment du dépôt de la demande de prestations).

E. 4

En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée au recourant dès le 1er mars 2004. Bien que la procédure de recours en matière d'AI ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de mettre des frais à la

- 17 - charge d'une autorité agissant dans le cadre de ses prérogatives étatiques (cf. art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 91 LPA-VD), dont le montant doit être arrêté, sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPG; art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]), et qui doit être mise à la charge de l'office intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 2'000 francs.

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