

VD_GERICHTE ZD09.016951 vom 21. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.016951

FR: VD_GERICHTE ZD09.016951 du 21 avril 2010

IT: VD_GERICHTE ZD09.016951 del 21 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

Dysthymie (F34.1 CIM 10),

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 critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si, comme l'a retenu l'OAI, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) Il sied de rappeler d'emblée que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366, 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la

- 15 - décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2; TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.3).

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. 1er 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. 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 incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées).

- 16 - 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; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, 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

- 17 - 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 I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un 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 no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). 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; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3). c) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr D._____ du 27 mai 2008 (cf. lettre A.d supra), clair et complet, satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée. En effet, il se base sur une anamnèse complète, les pièces médicales figurant au dossier et se fonde sur des examens complets, une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions étayées et dûment motivées. Ce rapport retient les diagnostics, n'ayant jamais eu de répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1) et de trouble anxieux sans précision (F41.9), et décrit clairement le caractère réactionnel de ces troubles par rapport aux atteintes somatiques. Aucun élément du dossier ne jette le moindre doute sur les conclusions de cette expertise, réalisée dans les règles de l'art. Au contraire, le psychiatre traitant du recourant, le Dr F._____, a indiqué dans sa lettre du 22 janvier 2009 (cf. lettre B.b supra) que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr D._____ concordaient avec ses propres observations cliniques et que la pathologie psychiatrique de l'assuré n'entraînait pas en elle-même d'invalidité. Dans son dernier certificat médical du 31 août 2009 (cf. lettre C.c supra), le Dr F._____ a encore confirmé que le recourant continuait de présenter une

- 18 - symptomatologie correspondant à celle décrite par le Dr D._____ dans son rapport d'expertise du 27 mai 2008 et que les considérations de cet expert concernant les diagnostics et leur impact sur la capacité de travail restaient pleinement valables. Force est ainsi de constater que la capacité de travail du recourant n'est aucunement limitée sur le plan psychiatrique. d) Sur le plan orthopédique, l'OAI avait mandaté le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour une expertise orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 1er septembre 2003 (cf. lettre A.a supra), laquelle remplit toutes les conditions pour se voir accorder une pleine valeur probante et avait abouti à une décision de refus de rente du 21 octobre 2004 qui n'avait pas été contestée par l'assuré (cf. lettre A.b supra), cet expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose gauche symptomatique d'origine dysplasique – en précisant que le stade d'arthrose avait été atteint en 1997 et que depuis lors, l'évolution radiologique était très lente, voire stationnaire – et de dysplasie de la hanche droite asymptomatique; en raison de ces atteintes, l'assuré présentait des limitations pour soulever des charges lourdes, ainsi que pour effectuer des déplacements à pied, dans les terrains en pente ou dans les escaliers, toute surcharge de la hanche gauche engendrant une décompensation douloureuse et invalidante (voir aussi l'avis médical SMR du 18 mai 2004 établi par le Dr S._____; cf. lettre A.b supra). Il résulte des pièces médicales au dossier que le diagnostic et les limitations fonctionnelles décrits par l'expert T._____ sont toujours valables et qu'il n'y a pas de nouvelle atteinte à la santé sur le plan somatique. Tout en faisant état d'une aggravation sur le plan radiologique, le Dr M._____, médecin traitant généraliste, dans sa lettre du 5 janvier 2009 (cf. lettre B.b supra), justifie son appréciation (inchangée) d'une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée par l'absence d'amélioration de l'état de santé du recourant. Les certificats ultérieurs de ce médecin, des 22 avril 2009 et 31 août 2009 (cf. lettres C.a et C.c supra), n'apportent pas d'élément nouveau. On ajoutera également que le Dr M._____ est le médecin traitant de l'assuré, de sorte que son

- 19 - avis doit être apprécié avec les réserves d'usage compte tenu de la jurisprudence précitée. Dans son certificat médical du 20 août 2009 (cf. lettre C.c supra), le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, indique que le recourant est connu du service d'orthopédie-traumatologie du CHUV depuis février 2007 pour une coxarthrose gauche sur dysplasie de hanches, limitant les efforts et douloureuse, et qu'il présente une coxarthrose gauche secondaire avancée entraînant des douleurs, une limitation fonctionnelle, une boiterie et nécessitant la prise de médicaments lourds; ce praticien précise que du point de vue professionnel, on peut donc rétrospectivement dire que, durant ces deux dernières années, le patient ne pouvait pas avoir une activité lucrative dans un emploi lourd, avec ports de charges, marches, déplacements, terrains inégaux, sols mouillés, etc. Or ces limitations fonctionnelles correspondent à celles retenues en 2004 déjà (cf. lettre A.b supra), sur la base de l'expertise du Dr T. _____ (cf. lettre A.a supra). Il ressort en effet de l'avis médical SMR du 13 mars 2009 du Dr C. _____ (cf. lettre B.c supra) que l'évolution de l'arthrose des hanches, prédominante à gauche, d'origine dysplasique, dont souffre le recourant et qui a été diagnostiquée depuis 1997, est l'évolution normale d'une coxarthrose, qui ne peut être stoppée que par l'implantation d'une prothèse de hanche; dès lors que les limitations fonctionnelles décrites en 2004 déjà excluent toutes les activités contraignantes pour les articulations et ne changent pas quel que soit le degré de sévérité de la coxarthrose, l'exigibilité dans une activité adaptée à ces limitations n'a donc pas de raison d'être revue à la baisse. Ainsi, force est de constater, comme l'a fait le Dr C. _____ dans son avis médical SMR du 13 mars 2009, qu'il n'y a aucune raison de pratiquer un nouvel examen spécialisé sur le plan somatique tant qu'il n'y a pas de fait médical nouveau, s'agissant d'une affection dont l'évolution est parfaitement connue et prévisible; le seul fait que la dernière évaluation spécialisée date de plus de cinq ans ne saurait justifier un nouvel examen.

- 20 - e) Il ressort des pièces produites par le recourant – plus précisément d'une télécopie du Dr M. _____ du 28 octobre 2009 et surtout d'un courrier du Dr R. _____ du 26 octobre 2009 (cf. lettre C.e supra) – que celui-ci a bénéficié le 13 octobre 2009, soit plus de six mois après que la décision attaquée a été rendue, d'une arthroplastie totale de la hanche gauche, dont le bénéfice fonctionnel réel devait pouvoir être évalué trois à six mois après l'intervention. Comme le relève à juste titre l'OAI dans ses observations du 26 novembre 2009 (cf. lettre C.e supra), l'intervention subie le 13 octobre 2009 par le recourant, en particulier les conséquences liées à la phase postopératoire, constitue un fait nouveau qui ne peut être pris en compte dans le cadre du recours dirigé contre la décision du 23 mars 2009, mais devra l'être le cas échéant dans le cadre d'une nouvelle demande (cf. consid. 2c supra).

E. 4

a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant présentait, à la date déterminante où elle a été rendue (cf. consid. 2c supra), une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – telles que retenues en 2004 déjà et qui sont demeurées inchangées depuis lors (cf. consid. 3d supra) –, qui lui permettait de mettre en valeur une capacité de gain excluant le droit à la rente. Par conséquent, le recours doit être 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 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 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 (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

- 21 -

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