

## **VD\_GERICHTE ZD09.024438 vom 18. Mai 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-05-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.024438](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.024438)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.024438 du 18 mai 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.024438 del 18 maggio 2011

### **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

- 26 - 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 ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

#### **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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon l'art. 28 al. 1 LAI (cf. auparavant l'art. 29 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente à condition que (a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, (b) qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c) qu'au terme de cette année, il soit invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art.

- 27 - 28 al. 2 LAI (cf. auparavant l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant 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). 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. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique 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

- 28 - 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 cons. 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, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, la Cour des assurances sociales, confrontée à des avis médicaux divergents en ce qui concerne la capacité de travail du recourant tant sur le plan rhumatologique – le Dr D. \_\_\_\_\_ et la Dresse C. \_\_\_\_\_, médecins traitants, retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de magasinier (cf. lettres A.a et A.b supra) et vraisemblablement aussi dans une activité adaptée (cf. lettre C.a supra), tandis que le Dr B.W. \_\_\_\_\_ du SMR, s'il retenait également une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de magasinier, retenait une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (cf. lettre A.d supra) – que sur le plan psychiatrique – le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant,

retenant une incapacité de travail totale

- 29 - dans toute activité (cf. lettres B.b et C.a supra), tandis que le Dr K. \_\_\_\_\_ ne retenait une telle incapacité de travail que pour une courte durée (d'octobre 2008 à février 2009), l'assuré ne présentant plus d'incapacité de travail au moment de l'examen effectué le 26 février 2009 (cf. lettre B.c supra) –, a ordonné une expertise judiciaire pluridisciplinaire, qui a été confiée au [...] et effectuée par la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, et par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.d supra). b) Le rapport d'expertise judiciaire du 25 février 2011 (cf. lettre C.d supra) contient une analyse circonstanciée de tous les points litigieux importants, se fonde sur une anamnèse détaillée ainsi que sur des examens complets, et prend dûment en considération les plaintes et indications subjectives de l'assuré. L'appréciation de la situation médicale du recourant, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, est parfaitement claire et les conclusions des experts judiciaires sont bien motivées et pleinement convaincantes. Il n'existe ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, qui prennent en compte tous les éléments révélés par le dossier et expliquent de manière convaincante les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir que le recourant, s'il conserve sur le plan rhumatologique une capacité de travail médico-théorique entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà admises par le Dr D. \_\_\_\_\_ et par le Dr B.W. \_\_\_\_\_, présente depuis novembre 2008 une incapacité de travail totale dans toute activité pour des motifs psychiatriques, qui empêchent actuellement d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle. c) Contrairement à l'avis de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. lettre C.e supra), on ne voit pas en quoi les conclusions des experts judiciaires ne seraient que partiellement convaincantes, s'agissant en particulier de l'incapacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. En effet, l'expert psychiatre explique de manière circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquels il retient – corroborant ainsi entièrement les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. lettres B.b et C.a supra) – un diagnostic d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, sans

- 30 - symptômes psychotiques (F32.2), documenté depuis le 14 novembre 2008, sans qu'il y eu de rémission complète du trouble dépressif depuis lors, l'amélioration observée par le Dr K. \_\_\_\_\_ n'ayant pas été durable. Il explique également que ce trouble dépressif sévère détermine une baisse très importante de l'énergie disponible et de la motivation, ces troubles liés à la dépression étant accompagnés de troubles cognitifs également d'origine dépressive, de sorte que l'état clinique actuel du recourant est incompatible avec toute activité, quelle qu'elle soit, même à temps partiel. Certes, l'expert L. \_\_\_\_\_ a relevé que si le recourant coopérait bien au traitement mis en place depuis novembre 2008 auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, le taux plasmatique de l'antidépresseur n'était pas optimal, sans qu'il fût possible de savoir s'il s'agissait d'un problème de compliance – l'amitriptyline étant connue pour avoir des effets indésirables prononcés aux dosages prescrits au recourant – ou d'une question métabolique. L'expert a exposé à cet égard que certaines mesures pouvaient être envisagées pour optimiser le traitement (à savoir : changement d'antidépresseur avec mise en place d'un monitoring thérapeutique ; recours à une consultation psychopharmacologique ; intensification de la composante psychothérapeutique en recourant à une structure intermédiaire voire hospitalière) et que l'effet de ces mesures thérapeutiques devrait être évalué dans un délai de 12 mois après leur mise en place. L'expert a souligné qu'il était possible, mais non probable au sens de la

vraisemblance prépondérante, que ces mesures amènent une amélioration clinique permettant d'envisager une reprise au moins partielle d'une activité, et pour commencer des mesures de réadaptation professionnelle. Ces considérations n'ôtent rien au constat que le recourant présente actuellement une incapacité de travail totale en raison d'un épisode dépressif sévère, mais pourront le cas échéant conduire, à l'échéance du délai d'évaluation de 12 mois fixé par l'expert, à une nouvelle appréciation de la capacité de travail et de gain exigible du recourant s'il se soumet aux traitements qui peuvent raisonnablement être exigés de lui (cf. art. 7 et 21 al. 4 LPGA).

- 31 - d) Contrairement à l'avis du recourant (cf. lettre C.f supra), l'expertise judiciaire est également pleinement convaincante et doit être suivie en tant qu'elle fixe au mois de novembre 2008 le début de l'incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique. En effet, les experts judiciaires ont constaté, sur la base des rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ des 8 décembre 2008 (cf. lettre B.b supra) et 5 juin 2009 (cf. lettre C.a supra), ainsi que sur la base des informations qu'ils ont recueillies par téléphone directement auprès du Dr [...] (cf. rapport d'expertise, p. 23), que l'état actuel était documenté seulement depuis le 14 novembre 2008, date à laquelle le recourant avait consulté le Dr H. \_\_\_\_\_ pour la première fois. Les experts judiciaires ont ainsi clairement conclu, sur la base de l'ensemble des éléments du dossier, que l'incapacité de travail totale constatée actuellement ne pouvait être retenue que depuis le mois de novembre 2008. Il n'existe aucun motif de s'écarter de ces conclusions et de considérer – comme voudrait le faire le recourant en se référant à divers éléments cités dans le rapport d'expertise pour échafauder des hypothèses dénuées de toute assise scientifique – que le début de l'incapacité totale de travail pour des motifs psychiatriques devrait être fixé au plus tard au mois de juin 2008 (cf. lettre C.f supra). e) Se ralliant aux conclusions dûment motivées et convaincantes du rapport d'expertise judiciaire du 25 février 2011, la Cour de céans retient ainsi que le recourant présente sur le plan strictement somatique une capacité de travail médico-théorique entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais qu'il présente depuis le mois de novembre 2008 une incapacité de travail totale dans toute activité pour des motifs psychiatriques, qui empêchent actuellement d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle. Il s'ensuit qu'au moment où la décision attaquée du 9 juin 2009 a été rendue, le droit du recourant à une rente d'invalidité n'était pas ouvert, la naissance du droit à la rente ne pouvant être antérieure au mois de novembre 2009, terme du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI et auparavant par l'art. 29 al. 1 aLAI (cf. consid. 3a supra). Dans la mesure où la Cour de céans doit apprécier la légalité de la

- 32 - décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue (cf. consid. 1d supra), les faits survenus postérieurement ne peuvent conduire à l'admission du recours, comme l'intimé le relève à raison (cf. lettre C.f supra), mais devront faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

## **E. 5**

a) En définitive, 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis 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).

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