

VD_GERICHTE ZD10.012012 vom 14. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.012012

FR: VD_GERICHTE ZD10.012012 du 14 mars 2012

IT: VD_GERICHTE ZD10.012012 del 14 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

Quels éléments médicaux empêcheraient Monsieur R. _____ à poursuivre un travail?

- 7 - Lombodorsalgies chroniques, obésité, état dépressif

E. 2

Existe-t-il des radiographies qui prouvent les problèmes de dos mentionnés par Monsieur R. _____ ? Un bilan radiologique a été pratiqué au printemps 2009: colonne cervicale, colonne dorsale, colonne lombaire, bassin.

E. 3

Quel est l'état de ses vertèbres? Ces clichés n'ont pas révélé de troubles majeurs de la colonne cervicale, des troubles dégénératifs étagés du tiers moyen de la colonne dorsale, des troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire sur séquelles de maladie de Scheuermann.

E. 4

Souffre-t-il d'une scoliose? Oui, roto-scoliose lombaire.

E. 5

Quelle est la taille des «becs de perroquet» sur ses vertèbres et empêchent-ils une activité professionnelle? Les troubles dégénératifs au niveau de la colonne lombaire sont présents, mais selon le spécialiste, n'empêchent pas une activité professionnelle adaptée.

E. 6

Est-ce que l'état de santé de Monsieur R. _____ lui permet d'exercer une activité professionnelle à plein temps? Il existe à mon avis une incapacité de travail d'environ 50 % qui mériterait d'être redéfinie par une nouvelle expertise. Pour rappel, le Docteur B. _____ estimait une diminution de rendement d'environ 20 %.

E. 7

Existe-t-il d'autres éléments médicaux qui justifient l'incapacité de travail de Monsieur R. _____ ? Une démotivation, un environnement psychosocial difficile." Dans sa duplique du 7 mars 2011, l'OAI a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales,

- 8 - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux

conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. 2. 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 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 d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 3. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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

- 9 - 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). 4. En l'espèce, le recourant a été examiné par le Dr B. _____ qui pose les diagnostics de dorsolombalgies sur troubles

statiques,

- 10 - discopathies débutantes et séquelles mineures de Scheuermann ainsi que d'obésité morbide. Le Dr I. _____ pose les mêmes diagnostics sur le plan somatique. Dans sa lettre du 15 février 2011, il se réfère au rapport du Dr B. _____ en indiquant qu'il résume bien la situation et que, selon ce spécialiste, les troubles dégénératifs au niveau de la colonne lombaire n'empêchent pas une activité professionnelle adaptée. Le seul diagnostic divergent entre ces deux praticiens est d'ordre psychiatrique, le Dr I. _____ retenant celui d'état dépressif. Toutefois, ce diagnostic dont le Dr I. _____ fait état pour la première fois n'est pas documenté. Il estime l'incapacité de travail à 50%, mais dans cette estimation, il tient également compte d'une démotivation et d'un environnement psychosocial difficile, éléments qui ne peuvent pas être pris en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il propose en outre une expertise, l'incapacité de travail devant être à son avis redéfinie. Les conclusions du Dr I. _____, insuffisamment documentées et peu claires ne peuvent dès lors être suivies. Le Dr B. _____ retient une capacité de travail de 100% avec éventuellement une diminution de rendement de 20% au maximum dans l'activité actuelle du recourant ou dans une autre activité adaptée, c'est-à-dire dans une activité ne nécessitant pas le port régulier de charges lourdes ou le travail en porte-à-faux antérieur. Ce praticien a expliqué n'avoir constaté aucun élément de gravité, les dorsolombalgies décrites étant expliquées par des troubles statiques et dégénératifs débutants. Le Dr B. _____ a certes également relevé l'importante composante psychosociale chez le recourant. Toutefois, pour évaluer la capacité de travail de celui-ci, il s'est fondé uniquement sur les constatations médicales objectives. Le rapport du Dr B. _____ comprend une anamnèse et indique les plaintes du recourant. Il se fonde sur l'examen clinique du recourant et sur le dossier qu'il a fait compléter sur le plan radiologique par une radiographie du bassin et de la colonne lombaire du recourant. Le rapport du Dr B. _____ est ainsi complet. Il ne comporte en outre pas de contradictions. Ses conclusions sont motivées et convaincantes. Elles ne

- 11 - sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Ce rapport a ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu d'admettre que le recourant peut travailler à 100% avec tout au plus une légère diminution de rendement au maximum de 20% dans son activité habituelle de fabricant de croissants ou dans une autre activité adaptée. Le taux d'incapacité de travail se confond ainsi avec le taux d'incapacité de gain. Or, un degré d'invalidité de 20% n'ouvre pas le droit à une rente. 5. Le dossier permettant de statuer en l'état, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le voudrait le recourant dont la requête d'expertise doit dès lors être rejetée. En effet, une telle expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée. 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD; TF 9C_801/2010 du 5 juillet 2011). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens,

puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

- 12 -

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