

VD_GERICHTE ZD10.019275 vom 1. November 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.019275

FR: VD_GERICHTE ZD10.019275 du 1 novembre 2012

IT: VD_GERICHTE ZD10.019275 del 1 novembre 2012

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 à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

- 16 -

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur sa capacité de travail.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) 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, c) 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 ; ATF

- 17 - 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 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 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1 et C-202/2010 du 13 juin 2012 consid. 6.2). Cela étant, selon la jurisprudence, 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 confidentiels 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 réf. citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une

- 18 - 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). 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 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). d) La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPG). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3) ; elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin ; enfin elle applique le droit d'office (TAF C-202/2010 du 13 juin 2012, consid. 5).

E. 4

a) En l'espèce, le recourant conteste une capacité de travail totale dans n'importe quelle activité. b) Sur le plan somatique, le Dr G. _____ a, le 26 janvier 2004, conclu à un canal spinal lombaire rétréci et à un conflit disco-radicaire prédominant en L5-S1. Il s'étonnait du manque d'amélioration de l'état de l'assuré après un traitement bien mené. Le 4 avril 2005, le Dr X. _____ a diagnostiqué des lombo-sciatalgies chroniques, un canal lombaire étroit constitutionnel de L4-L5, une hernie discale, une protrusion circonférentielle, une compression bi-radicaire et une claudication intermittente neurogène fortement handicapante. Il a affirmé qu'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce son activité habituelle de maçon ou une autre activité. La CRR a établi en date du 13 avril 2004 les diagnostics de lombalgies basses, de canal lombaire étroit constitutionnel prédominant en L4-L5, de débord discal circonférentiel en L4-L5 et hernie

- 19 - discale para-médiane gauche. Le 7 février 2005, le Dr T. _____ fait état d'une compression bi-radicaire L5. Les experts du CEM ont, dans leur rapport d'expertise du 9 février 2007, exposé que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques, de canal spinal étroit, de discopathie L4-L5 et d'une hernie discale L5-S1 para-médiane gauche. Ils ont posé des limitations fonctionnelles excluant l'exercice de l'activité habituelle de maçon. Ils ont décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions statiques prolongées, assise et debout, pas de positions penchées et en porte-à-faux, pas de travail en hauteur et en déséquilibre, pas de mouvements contraignants en flexion et en torsion du tronc, pas de déplacements courbés et pas de travail au sol. Le port de charges de plus de 5 à 7 kg devait être exclu et devait être encore plus limité si les efforts étaient répétitifs. Dans son rapport médical du 13 juillet 2009, le Dr V. _____, praticien du SMR, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies bilatérales, de claudication neurogène sur canal lombaire étroit et de discopathies. Il admet la possibilité pour le recourant d'exercer une activité semi-sédentaire ou sédentaire sans port de charges avec alternance des positions. Il retient une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %. Ainsi, l'autorité de céans relève que les médecins somaticiens admettent en substance les mêmes diagnostics et des limitations fonctionnelles similaires. Les experts du CEM envisagent les mêmes limitations fonctionnelles que le SMR, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan somatique. En effet, selon eux, c'est principalement en raison des problèmes psychiques du recourant que sa capacité de travail est nulle. En définitive, seul le Dr X. _____ s'est prononcé sur la capacité de travail exigible en sus du SMR. Cet avis sera toutefois examiné avec réserve dans la mesure où il s'agit du médecin traitant du recourant, que son dernier rapport est daté de 2006 et qu'il ne s'est plus exprimé sur la capacité de travail exigible depuis lors. Force est donc de constater que

- 20 - l'avis du Dr V. _____, médecin au SMR, affirmant que l'assuré dispose d'une capacité de travail totale avec diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée sur le plan somatique, suivi par l'intimé, ne saurait être écarté. c) Sur le plan psychique, le Dr L. _____ a, le 23 février 2004, posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Il a indiqué que le suivi serait difficile avec un homme fermé, communiquant difficilement et adoptant une position faite de forte passivité. Le 4 avril 2005, le Dr X. _____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif. Le 1er mars 2005, le Dr A. _____ a relevé que le recourant était fragile sur le plan psycho-affectif. Quant à la Dresse Z. _____, elle fait état, le 4 novembre 2005, de trouble dépressif récurrent et a estimé que l'incapacité de travail était totale. Le 9 février 2007, l'expert psychiatre du CEM

a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de réaction à un facteur de stress sans précision. Il n'a pas établi de pronostic, admettant toutefois une incapacité de travail totale. Cependant, les experts paraissent considérer que ce sont surtout le niveau de formation, la capacité d'apprendre et la motivation qui limitent la capacité de travail du recourant. Le Dr S. _____, dans son examen psychiatrique du 5 décembre 2007, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. Il a relevé le comportement de l'assuré durant l'examen (attitude oppositionnelle notamment), ce qui n'est pas sans rappeler les constatations du Dr L. _____ exposées ci-dessus. Le Dr S. _____ a encore expliqué qu'il ne pouvait retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par l'expert du CEM car l'intensité du tableau ne correspondait pas à celle de ce trouble, l'assuré déclarant qu'il allait bien le jour de l'examen et semblait surtout inquiet de son devenir sur un plan socio-économique et familial. Il a ajouté que l'élément de récurrence n'était pas retrouvé à l'anamnèse et n'avait au surplus pas été avancé par le praticien du CEM. Le Dr J. _____ avait par ailleurs déjà retenu, dans son rapport du 10 avril

- 21 - 2007, que l'évaluation psychiatrique du recourant ne réunissait pas les critères d'un trouble dépressif récurrent. Dans un rapport médical du 8 avril 2009, la Dresse Z. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il sied de préciser que ce dernier diagnostic est nouveau. De plus, dans l'anamnèse, il est fait état de torture que le recourant aurait subie dans son pays natal lorsqu'il était jeune. Or, cet élément ne se retrouve dans aucun des rapports précédents. Finalement, le Dr K. _____, dans un rapport du 28 avril 2011, a diagnostiqué une schizophrénie paranoïde existante depuis 2004. L'autorité de céans relève toutefois que le psychiatre ne suit le recourant que depuis juillet 2010, que la décision querellée est datée de mai 2010 et que c'est le premier spécialiste à poser un tel diagnostic. Sur le vu de ce qui précède, l'avis du Dr S. _____ qui a exposé pour quelles raisons il s'écarterait du rapport d'expertise de la CEM a pleine valeur probante, son rapport étant complet et motivé. Quant aux avis des autres médecins, d'une part, la Dresse Z. _____ est la seule à avoir posé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'autre part, le Dr K. _____ a été consulté après que la décision litigieuse a été rendue. Enfin, il paraît évident que des facteurs psychosociaux sont un frein conséquent à la reprise d'une activité professionnelle pour le recourant, mais il ne peut en être tenu compte dans le cadre d'une telle procédure, dans la mesure où cela n'est pas du ressort de l'assurance- invalidité. d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire, telle que requise par le recourant. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des

- 22 - preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

E. 5

a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 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 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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