

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 57 vom 2. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__57

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 57 du 2 mars 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 57 del 2 marzo 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, TIERS APPELÉ À FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS | 28 LAI, 4 LAI, 28 al. 3 LPGA

Erwägungen

E. 2

mars 2012 _____ Présidence de M. Jomini Juges : MM. Pittet et Berthoud, assesseurs Greffière : Mme Berberat ***** Cause pendante entre : H. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 4

et 28 LAI; 28 al. 3 LPGA E n f a i t : A. a) H. _____, né en 1951, a travaillé du 18 février au 12 mai 2004 en qualité de manoeuvre auprès de [...], maraîcher-horticulteur, à [...]. Par courrier du 6 mai 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 août 2004, en indiquant qu' "après 17 ans de service dans l'Entreprise (autrefois dirigée par mon père), je me rends compte que la situation est devenue ingérable. Après mûre réflexion et suite à plusieurs remarques, je constate que l'ambiance de travail s'est dégradée vu votre comportement" . Le 16 mai 2004, l'assuré s'est plaint de douleurs lombaires accompagnées d'un blocage lombaire avec des irradiations au niveau des deux membres inférieurs l'empêchant de travailler. Au bénéfice d'un arrêt de travail, son cas a été pris en charge par la J. _____ Assurances, assureur perte de gain de l'employeur. Dans un courrier du 21 juin 2004 adressé au Dr Z. _____, médecin traitant de l'assuré, le Dr X. _____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné qu'il avait procédé à un examen neurologique de l'assuré, ce dernier se plaignant depuis cinq mois de lombalgies d'emblée chroniques s'accompagnant depuis trois mois de douleurs paresthésiantes irradiant à la face postérieure des membres inférieurs jusqu'aux orteils. L'examen précité s'est révélé tout à fait normal, ainsi que l'EMG qui n'a pas montré de signe de polyneuropathie, ni de lésion axonale des myotomes S1 ddc. Le Dr X. _____ a dès lors préconisé une IRM lombaire, l'anamnèse évoquant des lombosciatalgies S1 bilatérales purement irritatives. Un CT-scan lombaire pratiqué le 15 juillet 2004 a mis en évidence un discret bombement discal postérieur diffus en L4-L5 (n'atteignant toutefois pas la définition d'une hernie et sans image franche permettant de retenir un conflit disco-radiculaire), un bombement discal postérieur médian essentiellement paramédian et en partie foraminal en L5-S1 (rapport du 16 juillet 2004). Il était possible qu'un conflit radiculaire de topographie S1 droite puisse

survenir à la station debout au vu de l'imagerie. Il n'y avait par contre pas d'image permettant d'évoquer une hernie discale luxée. Dans ce contexte, la J. _____ Assurances a mandaté le Centre D. _____ pour la réalisation d'une expertise rhumato-psychiatrique. Dans un rapport de synthèse du 1^{er} novembre 2004, faisant suite à un examen clinique de l'assuré en date du 7 octobre 2004 à l'aide d'un traducteur, les Drs M. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de lombalgies provoquées par le frottement des épineuses L4-L5, d'hypertension artérielle traitée et d'obésité. Ils n'ont toutefois retenu aucune affection psychiatrique. S'agissant de l'appréciation du cas, les experts ont exposé ce qui suit : "Sur le plan somatique, l'assuré présente brusquement des lombalgies avec blocage et irradiation dans la face postérieure des membres inférieurs le 16 mai 2004. La situation ne s'améliore pas depuis lors, malgré un traitement médical bien conduit. L'examen clinique permet de mettre en évidence une douleur élective au niveau des épineuses et des ligaments interépineux L4-L5. Les douleurs sont augmentées lorsque le patient se met en extension. Il n'y a par contre pas de trouble neurologique. D'un point de vue rhumatologique, il est possible que ce patient présente des douleurs liées à des frottements entre les 2 épineuses. Un traitement par infiltration permettrait probablement de supprimer les douleurs. Sur le plan psychosocial, le niveau de scolarité est faible et ses connaissances du français extrêmement rudimentaires. Il ne présente pas d'altération de la personnalité, pas de trouble de caractère apparent, ni de signe de décompensation psychiatrique. Les plaintes sont exclusivement physiques, le traitement n'a pas amené les changements escomptés, aussi le patient dit se déprimer en réaction et s'ennuyer à la maison. Il n'y a pas d'exagération du handicap perceptible. Cet assuré paraît authentique et honnête. Il ne semble pas non plus y avoir de bénéfice secondaire, ce d'autant plus que Monsieur H. _____ aimait beaucoup son travail et qu'il serait ravi de pouvoir le reprendre. Il craint de perdre sa place en étant malade trop longtemps, car son employeur a récemment vendu beaucoup de son domaine et n'a gardé que 2 ouvriers". Au vu de ces éléments, les experts ont considéré qu' "il est probable que suite au traitement par infiltration, la reprise du travail devrait être possible à 100 % à la fin novembre" . Dans un courrier du 17 décembre 2004 adressé au Dr Z. _____, le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie, a précisé qu'il avait reçu le patient en vue d'une évaluation clinique et d'une infiltration rachidienne. Après avoir examiné le patient de manière succincte, ce praticien a constaté une douleur à la palpation de l'espace inter-épineux L4-L5 et plus modérément L5-S1, ce point douloureux étant souvent sensible lors de dysfonction mineure des articulations postérieures L4-L5, L5-S1. Ces dernières étaient électivement douloureuses à la palpation profonde en décubitus ventral, endroit même du départ des douleurs énoncées par le patient. Le Dr K. _____ a dès lors opté pour une infiltration épidurale de stéroïde, afin notamment d'avoir un effet probablement significatif sur le conflit radiculaire S1. Par courrier du 14 novembre 2005 adressé au médecin-conseil de la J. _____ Assurances, le Dr Z. _____ a donné quelques renseignements au sujet de l'évolution du cas de l'assuré suite au traitement par infiltration à laquelle avait procédé le Dr K. _____ le 13 décembre 2004. Le médecin traitant a ainsi expliqué que son patient l'avait consulté pour la dernière fois le 13 janvier 2005. Il ne présentait alors aucune modification ni de ses plaintes, ni du status clinique, lequel était superposable à celui décrit dans le rapport d'expertise du Centre D. _____. Le patient se montrait en définitive incapable de la moindre activité professionnelle sans qu'un problème objectif puisse être mis en évidence, si ce n'est une extrême nervosité. Par lettre du 9 février 2005 adressé au médecin-conseil de la J. _____

Assurances, le Dr M. _____ a indiqué avoir pris connaissance des courriers des Drs K. _____ et Z. _____. Constatant que la prise en charge du Dr K. _____ avait été tout à fait correcte, il a précisé que les plaintes décrites par le patient, après ce geste, n'étaient pas compatibles avec le résultat espéré. Il a toutefois indiqué que l'arrêt de travail n'était plus justifié au vu de l'examen du 7 octobre 2004, raison pour laquelle il préconisait une reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} février 2005. La J. _____ Assurances a finalement cessé le versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2005. b) Le 23 juin 2005, H. _____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud une demande de rente et de mesures professionnelles en raison de "lombalgies, douleurs aux jambes, cholestérol, stress, sensations d'étouffement..." . L'Office AI a versé à son dossier plusieurs rapports médicaux. Dans un rapport médical du 28 juin 2005 adressé au Dr Z. _____, la Dresse F. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a exposé ce qui suit dans le cadre de l'appréciation du cas de l'assuré : "M. H. _____ souffre de lombalgies mécaniques persistantes depuis le printemps 2005, et qui ont été mises en rapport avec des troubles dégénératifs modérés, l'examen neurologique réalisé en juillet 2004 n'ayant pas révélé d'atteinte radiculaire, examen complété par un CT-scan lombaire qui n'a pas démontré de conflit radiculaire net mais une simple protusion discale aux deux derniers étages lombaires. Malgré l'arrêt de travail la situation n'a pas évolué de manière favorable, le patient décrivant au contraire une aggravation de la situation avec une extension du tableau douloureux. Actuellement à l'examen clinique on ne retrouve pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, ni de syndrome lombo-vertébral. Des signes de non organicité sont présents, et le tableau est aujourd'hui fortement évocateur à un trouble somatoforme douloureux persistant. Lorsqu'en fin de consultation après une heure d'anamnèse et d'examen clinique j'ai tenté d'aborder le problème de la reprise du travail. J'ai essayé de lui faire comprendre que la seule solution était de trouver une activité professionnelle moins lourde que celle d'aide-maraîcher afin de ménager son dos. Je lui ai aussi précisé qu'il était impératif de débiter une activité physique afin d'obtenir un renforcement musculaire. La situation s'est alors dégradée, le patient ayant manifesté une agressivité impressionnante et il a quitté la salle d'examen très fâché. Sa fille s'est excusée de l'attitude de son père et je lui ai proposé de la revoir seule pour discuter, mais elle ne m'a à ce jour pas recontactée. Le pronostic est bien évidemment très défavorable quant à une reprise du travail chez ce patient dont la capacité de travail est cependant de 100 % dans une activité adaptée, autorisant des stations assise et debout alternées qui n'impliquent pas de port de charges". Dans un rapport du 24 juin 2004 (recte 2005) faisant suite à un consilium psychiatrique, la Dresse L. _____ et N. _____, respectivement médecin assistante et psychologue adjoint à la Fondation [...], ont rappelé que l'assuré avait été examiné à trois reprises (14 février, 17 mars et 26 mai 2005) à la demande de son médecin traitant pour une évaluation psychiatrique dans le contexte d'un incapacité de travail durant depuis un an. Retenant les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) et de difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3), les praticiens précités ont indiqué que le patient avait développé un sentiment d'injustice et un désir de réparation vis-à-vis de son ancien patron et des assurances. Par ailleurs, il était à bout et impuissant à sortir de cette position passive-agressive. Son état psychique se péjorait et ses angoisses semblaient prendre une tournure paranoïde. Après une période d'évaluation, l'intéressé ne voulait toutefois plus d'une prise en charge psychiatrique. Dans un rapport médical du 8 août 2005 adressé à l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de lombo-sciatalgies bilatérales, non spécifiques, sur

troubles statiques modérés (présent depuis mars 2004) et d'état anxio-dépressif avec grande nervosité (présent depuis juin 2004). Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 13 mai 2004. Le médecin traitant a indiqué que la situation était actuellement bloquée. En effet, la J. _____ Assurances demandait à l'assuré la reprise du travail qui se révélait impossible pour son patient, compte tenu de ses souffrances. Un deuxième avis avait été demandé en juin 2005 à la Dresse F. _____ qui avait également conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le Dr Z. _____ a dès lors retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée, soit autorisant des stations assise et debout alternées et n'impliquant pas de port de charges, et ce dès le 1^{er} septembre 2005. c) Par décision du 13 septembre 2005, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations AI à l'assuré (rente et mesures professionnelles), car il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens l'art. 8 LPGA. Suite à l'opposition formée par l'assuré, l'OAI a estimé qu'il convenait de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assuré suite à l'infiltration pratiquée le 13 décembre 2004 par le Dr K. _____. Dans un rapport médical des 8 et 9 mai 2007, le Dr K. _____ a retenu que l'assuré présentait des lombosciatalgies chroniques et un état dépressif important traité. Après l'infiltration du 13 décembre 2004, il avait convoqué le patient pour répondre à la demande de l'OAI. Dans le cadre de l'appréciation du cas, le Dr K. _____ a relevé ce qui suit : "(...) En reprenant le dossier, l'anamnèse m'a paru éloquent pour un patient triste, déprimé et complètement déconditionné, qui de surcroît présentait déjà des lésions dégénératives lombaires et une symptomatologie en relation. L'examen clinique du 8 mai met en évidence un important syndrome lombaire, reproductible lors des mouvements d'inclinaison, rotation et antéflexion du tronc, non déficitaire sur le plan neurologique. J'ai effectué un complément de radiographies qui mettent en évidence une importante arthrose postérieure de L4 à S1, le canal est pour moi fortement rétréci en dessous de L4 jusqu'en S1, les espaces inter-somatiques sont plus ou moins préservés, on y observe également d'importantes calcifications des ligaments longitudinaux antérieurs en L4-L5, L3-L4 et en D10-D11, D11-D12 et D12-L1. Pas d'atteinte coxo-fémorale ou sacro-iliaque. Dans ces conditions, surtout de par le fait que ce patient dont je ne connais pas le diagnostic psychiatrique, me paraissait extrêmement abattu, déprimé et triste, il est totalement illusoire de pouvoir réorienter cet homme âgé de maintenant 59 ans, sans formation spécifique et s'exprimant extrêmement mal dans notre langue. De surcroît, le tableau, probablement amplifié par l'état de mal-être global est au centre de ses plaintes, plaintes qui sont objectivables par une importante arthrose postérieure et un canal étroit, pour lequel je reverrai éventuellement le patient à la demande du médecin traitant pour effectuer d'autres infiltrations et/ou l'orienter vers un centre de neurochirurgie pour une éventuelle intervention en cas de décompensation majeure. A ce propos, j'ai pu tirer de l'anamnèse que le patient présente une vraisemblable claudication neurogène bilatérale, maintenant à 200 mètres au maximum. En résumé, compte de ce contexte extrêmement défavorable, l'octroi d'une rente entière me paraît la seule solution possible dans l'état actuel des choses". Le Dr K. _____ a dès lors exclu la reprise de l'activité habituelle, alors que dans une activité légère, il a estimé que la capacité de travail avoisinait les 20 à 30 %. Dans un rapport médical du 15 décembre 2007, la Dresse T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de qui l'assuré était en traitement, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies bilatérales non spécifiques sur troubles statiques modérés, de dyspnée d'effort intermittente, d'hypercholestérolémie traitée, d'obésité et de syndrome psycho-organique comprenant des crises d'anxiété et un état fortement dépressif (grande nervosité). Attestant une incapacité totale de travail dès le

13 mai 2004, la psychiatre traitante a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire, tout en précisant qu'il pouvait s'aggraver. S'agissant du pronostic, elle a indiqué que l'assuré était son patient depuis le 8 novembre 2005 et qu'il suivait une psychothérapie en raison de problèmes psycho-organiques. Ces troubles provoquaient "toute sorte de cortège dépressif, des crises d'angoisse, des comportements impulsifs". Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 7 mars 2008, le Dr G. _____ a estimé que le diagnostic retenu par la Dresse T. _____, à savoir un "syndrome psycho-organique comprenant des crises d'anxiété et un état fortement dépressif (grande nervosité)" était similaire à un "état anxiodépressif avec grande nervosité existant depuis juin 2004" annoncé par le Dr Z. _____ le 8 août 2005. Les troubles psychiques décrits depuis juin 2004 étaient qualifiés de stationnaire et avaient été pris en compte dans l'examen du Centre D. _____ le 1^{er} novembre 2004. Selon le Dr G. _____, aucun élément médical versé au dossier depuis l'avis du 23 juin 2007 ne permettait de s'écarter des conclusions du Centre D. _____ tant sur le plan somatique que psychiatrique. La capacité de travail était dès lors entière dans l'activité antérieure dès le 1^{er} février 2005 (lettre du Centre D. _____ signée par le Dr M. _____). Par avis médical du 8 mai 2008, le Dr V. _____ du SMR s'est prononcé comme il suit s'agissant de la capacité de travail de l'assuré sur le plan somatique : "Selon le rapport d'expertise du Centre D. _____ du 01.11.2004, le diagnostic retenu sur le plan ostéo-articulaire est "lombalgies provoquées par le frottement des épineuses L4-L5". Un traitement par infiltration est préconisé. Radiologiquement, il n'y a ni hernie discale, ni canal lombaire étroit. La CT [capacité de travail] est entière dans toute activité. Lors de l'examen du Dr K. _____ du 08.05.2007 sont mis en évidence un important syndrome lombaire et une importante arthrose postérieure L4 à S1 avec rétrécissement du canal L4 à S1. Il s'agit d'une aggravation objective de l'état de santé. Cette affection justifie les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de port régulier de charges de plus de 15 kg; pas d'activité en porte-à-faux du rachis; possibilité d'alterner les positions assise et debout. Dans une activité adaptée à ces limitations, l'exigibilité médicale est de 100 %, sans diminution de rendement". d) Par décision sur opposition du 29 mai 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 13 septembre 2005 et a conclu au rejet de la demande de prestations (mesures professionnelles et rente). Il a retenu que le rapport d'expertise du Centre D. _____ avait pleine valeur probante. Suite à l'appréciation du Dr K. _____ et du SMR, l'OAI a constaté que l'assuré présentait de nouvelles limitations fonctionnelles (pas de port régulier de charges de plus de 15 kg; pas d'activité en porte-à-faux du rachis; possibilité d'alterner les positions assise et debout). Il convenait dès lors d'admettre que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle en raison des nouvelles limitations fonctionnelles précitées. En revanche, sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. L'OAI a ainsi déterminé le préjudice économique de l'assuré en procédant à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+1.60 % et 2.07 %) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de permettant de conclure à l'absence de préjudice économique, raison pour laquelle l'assuré n'avait pas droit à une rente. B. a) H. _____ recourt contre cette décision sur opposition le 25 juin 2008 et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le mois de décembre 2005 au moins. A l'appui de son recours, il fait notamment valoir que l'intimé

n'était pas en droit de se fonder sur un rapport d'expertise établi à la demande de son assureur perte de gain, dès lors qu'il n'a jamais donné son accord pour que le dossier constitué par cette assurance soit transmis à l'intimé. Il soutient en outre, que même si l'on devait se référer à ce rapport, daté du 1^{er} novembre 2004, soit il y a plus de 3 ans et demi, il y aurait lieu de prendre en compte l'aggravation de son état de santé depuis lors, aussi bien sur le plan physique, comme l'atteste le rapport du Dr K. _____, que sur le plan psychique, comme l'atteste le rapport de la Dresse T. _____. b) Dans sa réponse du 24 septembre 2008, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il considère que la majorité des médecins consultés ont un avis concordant quant à la nature des lésions et des limitations fonctionnelles. Les seules divergences d'opinion résultent d'une appréciation différenciée de la capacité de travail de l'assuré. c) Dans sa réplique du 20 décembre 2008, le recourant, désormais représenté par son conseil, requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) motif pris que l'expertise réalisée par le Centre D. _____ en novembre 2004 est trop ancienne et en totale contradiction avec les rapports récents des Drs K. _____ et T. _____, lesquels estiment que sa capacité de travail, même dans une activité légère, est nulle. d) Dans sa duplique du 27 janvier 2009, l'intimé s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, dès lors que, suite à l'opposition du recourant, elle a procédé à une instruction complémentaire et que le dossier ne présente ainsi plus de lacune. e) Dans le cadre d'une audience qui s'est déroulée le 24 août 2010 en présence des parties, le recourant a été entendu et a produit à cette occasion un certificat médical du

E. 7

Enfin, le calcul du préjudice économique n'est pas contesté par le recourant. Vérifié d'office, il ne porte pas flanc à la critique et peut être confirmé. Ainsi, le degré d'invalidité est-il inférieur au seuil de 40 % fixé par l'art. 28 LAI Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

E. 8

Vu le sort de la cause, le recourant supportera les frais de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario), le recourant succombant dans ses conclusions.

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