

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 769 vom 6. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_769](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__769)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 769 du 6 octobre 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 769 del 6 ottobre 2015

## Regeste

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE ENTIÈRE, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ASSISTANCE JUDICIAIRE, REVENU D'INVALIDE, COMPARAISON DES REVENUS | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPG, 6 LPG, 7 al. 1 LPG, 8 al. 1 LPG

## Erwägungen

### E. 6

octobre 2015 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , président Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : D. \_\_\_\_\_ , à Lausanne, recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPG ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. Ressortissant [...] entré en Suisse en 1989, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, est remarié et père de trois enfants. Sans formation professionnelle, il a travaillé en tant que contrôleur de chemin de fer du 19 août 1991 au 31 mars 2001. Entre 2003 et 2008, il a œuvré au service de différents employeurs en tant qu'agent de sécurité, magasinier et chauffeur de limousine. Dès le 1 er juillet 2010, il a exercé la profession de gérant-chauffeur auprès de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ pour un salaire mensuel de 5'400 francs. L'employeur a résilié le contrat de travail pour le 23 septembre 2010, en raison d'absences non justifiées. A partir du mois d'octobre 2010, l'assuré a travaillé dans un bureau qui organisait des stages de football. Il a cessé cette activité professionnelle à la mi-décembre de la même année. Depuis lors, l'assuré ne travaille plus et il bénéficie de l'aide sociale. Le 22 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente. Il a fait état d'une lombosciatalgie droite chronique et de dorsalgies épisodiques, existant depuis 2008. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a demandé un rapport médical sur formule ad hoc au Dr G. \_\_\_\_\_, médecin traitant, du Groupe Médical R. \_\_\_\_\_, qui a considéré que l'assuré présentait une incapacité totale de travail à compter du 20 août 2010. Selon lui, aucune adaptation n'était possible et seule une rente était envisageable (rapport non daté, indexé au 7 décembre 2010). Il se référait pour le surplus à une lettre du 1 er décembre 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail. A la demande du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) et spécialiste en anesthésiologie, il a

indiqué par courrier du 31 mars 2011, sous forme de tableau à deux colonnes, les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré (date d'indexation : 6 avril 2011). Dans une lettre du 27 juin 2011 au Dr C. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a résumé la situation comme suit : « Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de chauffeur et de 20% dans une activité adaptée. Ce 20% représente une perte de rendement admis en raison des changements de position rendus nécessaires par ses rachialgies. » Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit dans un avis médical du 25 août 2011 : « Assuré de 46 ans, gérant et chauffeur, ancien haltérophile professionnel, en arrêt de travail depuis le 19 août 2010 et licencié le 23 septembre 2010 après deux mois de travail en raison de lombalgies progressives et d'absences non justifiées selon l'employeur. La demande de prestations est appuyée par le rapport médical du Dr G. \_\_\_\_\_, généraliste (7 décembre 2010) qui certifie une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2010 pour une durée indéterminée en raison de lombalgies l'empêchant de s'asseoir plus que quelques minutes ainsi que garder la position ventrale. Selon le Dr G. \_\_\_\_\_, une activité adaptée ne serait pas envisageable et la demande [ne] vise que la rente. Nous disposons également d'un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, orthopédiste, qui retient les diagnostics de hernie discale antérieure et postérieure L2-3, L3-4 avec composante extraforaminale droite, sténose du canal spinal L2-3 et L5-S1 et spondylose débutante associée surtout en L2-3 à L5-S1. Monsieur D. \_\_\_\_\_ a commencé un stage de formation, comme agent de voyage en novembre 2010 chez une connaissance mais même cette activité sédentaire semble inappropriée (...). Le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 7 décembre 2010 nous informe de l'état algique très important de l'assuré, il certifie une incapacité de travail de 100% avec une perte de rendement de 100% et nous adresse le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_. Dans sa lettre du 31 mars 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_ nous indique les limitations fonctionnelles que nous avons demandé de traduire en capacité de travail par téléphone, le compte rendu de cet entretien (lettre du 27 juin 2011) n'a jamais été contresigné malgré des contacts répétés. Nous avons présenté le dossier au Dr F. \_\_\_\_\_, consultant SMR qui pose l'indication à un examen rhumatologique. » Un examen clinique rhumatologique a eu lieu au SMR en date du 6 septembre 2011. Dans son rapport du 19 octobre 2011, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de « rachialgies diffuses avec surtout lombocuralgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit (M 54) » et « gonalgies droites intermittentes dans le cadre d'un status après déchirure du ligament croisé antérieur (M 17) ». Sous l'intitulé « appréciation du cas », il s'est exprimé en ces termes : « Depuis 3 à 4 ans, l'assuré a développé des douleurs lombaires. Depuis juillet 2010, il a développé également des douleurs partant de la fesse droite et irradiant jusqu'à mi-cuisse, à la face latérale et interne et irradiant également le long de la colonne jusqu'à l'occiput. Les douleurs du membre inférieur droit et de la région cervico-dorsale sont comparables, selon l'assuré, à des décharges électriques. L'assuré n'a par contre pas d'inguinalgie droite. Il ne se plaint pas de fourmillements ou de lâchages des membres inférieurs. Les rachialgies n'augmentent pas à la toux ou à la défécation. Les lombalgies limitent la position assise à 20 minutes. Elles limitent également la position debout immobile au même laps de temps et le périmètre de marche est limité à 100 m par une impression de manque de force des membres inférieurs. Actuellement, l'assuré n'est plus réveillé par ses douleurs. Il présente un dérouillage matinal de 10 minutes. Au status actuel, on note un assuré en bon état général, normocarde, hypertendu à 150/100 mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler chez le médecin traitant). L'auscultation

cardio-pulmonaire est par ailleurs normale. L'abdomen est souple et indolore, sans hépato-splénomégalie et sans masse palpable. Pendant l'entretien, l'assuré reste assis sans gêne particulière pendant 1 h consécutivement. L'assuré présente par ailleurs de discrets troubles statiques du rachis au status ostéoarticulaire. La mobilité lombaire et cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est normale. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note simplement un discret signe de Lachmann positif au genou droit dans le cadre d'un status après ancienne déchirure du ligament croisé antérieur. Le status neurologique est par ailleurs sans problème, si ce n'est une tendance à l'hyporéflexie généralisée et des lâchages antalgiques du psoas droit. Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec canal lombaire étroit. Dans cette situation clinique, nous retenons les diagnostics sus-mentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de chauffeur. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique pour attester une incapacité de travail, contrairement à ce que fait le Dr G. \_\_\_\_\_, sans cependant en donner vraiment les raisons. Il faut noter à cet égard que l'assuré a une assez bonne tolérance à la position assise puisqu'il est resté assis consécutivement pendant l'heure d'entretien sans gêne particulière. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Membres inférieurs : pas de genuflexions répétées. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout de plus de 20 minutes. Pas de marche de plus d'1/4 h. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Depuis le 20 août 2010. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Il est resté complet dans l'activité de chauffeur de taxi depuis cette date. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète depuis cette date. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle : 0% comme chauffeur Dans une activité adaptée : 100% depuis le : 20 août 2010. A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. » Le 15 décembre 2011, l'office AI a informé l'assuré que sa demande de prestations était rejetée. Sur la base des éléments médicaux au dossier, il a considéré qu'il présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de chauffeur. En revanche, dans une profession respectant les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr J. \_\_\_\_\_, la capacité de travail était entière. S'agissant de la comparaison des gains, le revenu d'invalidé calculé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires s'élevait à 55'780 fr. 17 après un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles ; quant au revenu sans invalidité, il était de 64'800 francs. Il s'ensuivait une perte de gain de 9'019 fr. 83, soit un degré d'invalidité de 13,92%, taux qui excluait le droit à une rente dès lors qu'il n'atteignait pas 40%. Le droit au reclassement n'entraînait pas non plus en ligne de compte, en l'absence d'une perte de gain durable due à l'invalidité de 20%. Une aide au placement lui était en revanche proposée, eu égard aux limitations fonctionnelles qui lui avaient été reconnues. Le 22 décembre 2011, l'assuré a manifesté son désaccord avec l'évaluation médicale de l'office AI. Il s'est prévalu d'une recrudescence de douleurs au dos et de difficultés au moindre effort, ses jambes perdant toute force au bout de 30 m de

marche. Il a signalé « avoir des lancées électriques très fortes au niveau de [s]a hanche droite et des fourmillements en bas du dos », au bout de deux minutes de vélo. S'appuyant sur l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, il a estimé qu'en présentant deux hernies discales et une arthrose avancée à une hanche, l'octroi d'une rente d'invalidité se justifiait, dès lors qu'il prétendait connaître des assurés ayant bénéficié d'une rente pour une seule hernie. Affirmant être prêt à reprendre une activité professionnelle compatible avec son état de santé, il a finalement reproché à l'office AI d'avoir fondé son refus de prestations sur des considérations économiques au lieu de tenir compte de sa situation médicale. L'administration a octroyé à l'assuré plusieurs prolongations de délai pour produire des éléments médicaux étayant son point de vue. Par télécopie du 3 avril 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, a transmis à l'office AI un lot de pièces en sa possession. Celui-ci comprenait un rapport du 27 mars 2012 faisant suite à une consultation de la veille et adressé à ce dernier par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont la conclusion était libellée comme suit : « Votre sympathique patient de 47 ans, d'origine [...], qui se décrit comme ancien grand sportif, actuellement chauffeur de limousine, présente depuis au moins août 2011 des douleurs lombaires apparaissant dans toutes les positions sauf couché sur le dos, les jambes relevées. Les douleurs sont bilatérales, sans vraie irradiation dans les deux membres inférieurs. Une IRM lombaire a été effectuée déjà pour des lombosciatalgies à droite en septembre 2010 qui a seulement montré des protrusions discales pluri-étagées, mais sans signes de compression radiculaire. L'examen neurologique montre un patient bien musclé, sans signes déficitaires au niveau réflexes, force ou sensibilité. Il a une bonne mobilité lombaire, sans contracture musculaire. Il n'y a pas de douleur au niveau des troncs sciatiques ni de dysbalance du bassin. J'ai effectué un bilan électro-neurophysiologique au niveau des racines L2 jusqu'à S1 qui s'est révélé parfaitement normal. J'ai proposé à M. D. \_\_\_\_\_ d'abord de bénéficier d'une physiothérapie-ostéopathie intense et d'effectuer des exercices pour une meilleure hygiène de son dos. Il peut les faire entre ses courses. Il a été également sollicité de reprendre une activité sportive légère d'endurance pour réactiver sa musculature. Pour favoriser la récupération un traitement anti-inflammatoire accompagné d'un traitement myorelaxant pourrait être bénéfique. Sur le bon résultat de l'examen clinique et électro-neurophysiologique, je n'ai pas d'indication pour le moment de demander d'autres examens. » Le Dr V. \_\_\_\_\_ a également remis la lettre rédigée à son intention le 30 janvier 2012 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en cardiologie, dans laquelle ce dernier faisait part en ces termes des résultats des examens effectués : « Il s'agit d'un patient qui a des plaintes articulaires avec notamment des lombosciatalgies, des douleurs scapulaires et de la coxalgie, mais qui, vu sa prise de poids, a repris l'entraînement à la boxe, apparemment sans problème. La surcharge pondérale actuelle est de 7,6 kg ou de 9%. Le patient est hypertendu artériel sur le lit d'examen et dit que sa pression artérielle est habituellement un peu élevée chez le médecin. L'auscultation cardiaque est anodine de même que, pour le moment, l'auscultation pulmonaire chez ce tabagique. (...) Cette arythmie survient donc chez un patient qui s'est plaint de quelques palpitations cardiaques à fin 2011 et plus récemment, souvent dans un cadre de stress et d'angoisse chez un patient par ailleurs claustrophobe. Il y a une anamnèse de crises d'angoisse vers l'âge de 16-17 ans. Bien entendu, nous avons fortement recommandé au patient de cesser complètement et définitivement de fumer et de lutter contre la sédentarité en premier lieu par la pratique de marches quotidiennes. Rappelons que la boxe peut engendrer des traumatismes cardiaques en cas de fort coup de poing sur l'aire précordiale (indépendamment de la perte de neurones

que peut engendrer les k.o.) (...). » Figuraient encore notamment dans le lot des pièces transmises à l'office AI par le Dr V.\_\_\_\_\_ le compte-rendu d'une IRM lombaire du 21 septembre 2010 ainsi que les résultats des analyses sanguines pratiquées. A l'instar du Dr K.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ précisait dans sa lettre d'accompagnement avoir relevé une anxiété chez son patient, de sorte qu'il proposait la tenue d'un examen psychiatrique au SMR. Se prononçant dans un avis médical du 20 avril 2012 sur les pièces médicales produites, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a écrit ce qui suit : « Le courrier du Dr V.\_\_\_\_\_ du 3 avril 2012 comporte un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, neurologue. L'examen neurologique est normal et les électroneurographies des nerfs des membres inférieurs sont aussi normales. L'IRM de 2010 a été prise en compte dans l'instruction SMR. Le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, cardiologue, nous apprend qu'en janvier 2012 l'assuré lui avait dit avoir repris l'entraînement à la boxe ce qui n'est pas signe d'aggravation de l'état de santé, bien au contraire. Il n'y a pas d'aggravation depuis l'examen au SMR en 2011. Nous maintenons notre position. » Par décision formelle du 7 juin 2012, l'office AI a entériné son refus de prester avec une motivation identique à celle contenue dans son projet du 15 décembre 2011. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a expliqué que les rapports médicaux produits le 3 avril 2012 n'apportaient aucun élément lui permettant de modifier sa position. B. Par acte du 9 juillet 2012, D.\_\_\_\_\_, représenté par Me Muriel Vautier, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Avec suite de frais et dépens, il conclut à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu à compter du 20 août 2011. Il demande subsidiairement son annulation et le renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant se plaint en premier lieu que l'intimé ait retenu une capacité de travail complète dans une profession adaptée, soit une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger. Ce faisant, il aurait toutefois méconnu diverses limitations fonctionnelles incompatibles avec un travail dans ce secteur. Il convient en revanche que c'est à juste titre que l'autorité intimée a admis qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur. S'agissant de la comparaison des gains, il soutient que l'office AI aurait dû opérer un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité au vu de ses empêchements personnels et physiques. A cela s'ajoutent la perte de rendement d'au moins 20% évoquée par le Dr C.\_\_\_\_\_, les limitations orthopédiques retenues par le SMR ainsi que les troubles psychiques décrits par les Drs K.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Il s'ensuit que la perte de gain excède le taux de 20%, ce qui ouvrirait le droit à des mesures de reclassement. Cela étant, le recourant déclare que le revenu annuel sans invalidité de 64'800 fr. retenu par l'office AI et correspondant au salaire perçu en 2011 au service de B.\_\_\_\_\_ est correct. Pour le surplus, il fait grief à l'intimé de ne pas avoir procédé à des investigations sur le plan psychique, alors que les Drs V.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont évoqué un état d'anxiété. C'est pourquoi il sollicite l'administration d'une expertise orthopédique et psychiatrique portant sur les conséquences des atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Il a produit un bordereau de pièces, figurant déjà au dossier administratif. Par décision du 18 juillet 2012, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré avec effet au 12 juillet précédent en l'exonérant du paiement d'avances et de frais. Il a désigné Me Muriel Vautier en qualité d'avocate d'office. Dans sa réponse du 16 août 2012, l'office AI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En réplique du 15 novembre 2012, le recourant confirme les conclusions prises dans son mémoire de recours du 9 juillet précédent. Il réitère les divergences d'appréciation au sujet de sa capacité de travail existant

entre le Dr C. \_\_\_\_\_ et les médecins du SMR. A ses yeux, elles justifient la mise en œuvre d'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, laquelle s'impose également en raison de son état de santé psychique. Reprochant à l'office AI de ne pas avoir motivé les raisons pour lesquelles il a écarté la diminution de rendement de 20% retenue par le Dr C. \_\_\_\_\_, le recourant est d'avis que l'intimé aurait dû retenir en plus un abattement de 20% sur le salaire statistique pour évaluer le revenu exigible. Il fait valoir que ses limitations fonctionnelles sont nombreuses et qu'il ne dispose que d'une formation de base. A l'appui de ses allégations, il a produit diverses pièces dont un courrier du 2 octobre 2012 adressé à Me Vautier par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, dans lequel il préconisait la mise en œuvre d'une expertise neurochirurgicale pour évaluer les possibilités thérapeutiques et l'exigibilité au travail. Dupliquant le 10 décembre 2012, l'office AI observe que les pièces produites ne font pas état d'éléments nouveaux, qui n'auraient pas été pris en compte dans son appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. Partant, il propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. C. Le 28 mai 2014, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié à la Policlinique Médicale X. \_\_\_\_\_ le soin de réaliser l'expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique) du recourant. Déposé le 18 novembre 2014, le rapport était signé par les médecins suivants : Drs W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il était spécifié en tête du rapport que les constatations et conclusions de l'expertise se fondaient sur le dossier de l'assurance-invalidité, un examen de médecine interne et un consilium rhumatologique du 26 août 2014, un consilium psychiatrique du 2 septembre 2014 et un consilium neurologique du 30 septembre 2014 (effectué par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie). Il était par ailleurs précisé que les conclusions de l'expertise avaient été discutées en date du 28 octobre 2014 dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des trois médecins signataires du rapport. Débutant par un énoncé du motif de l'expertise et un résumé des principales pièces figurant aux dossiers administratif et judiciaire (pp. 1-10), le rapport comprend ensuite une anamnèse incluant notamment les plaintes de l'assuré (pp. 11-17). Puis les experts se sont attachés à décrire les constatations effectuées et à rendre compte des examens paracliniques pratiqués (pp. 17-18). Le rapport a enchaîné avec le résumé des consultations spécialisées (psychiatrie et neurologie), les différents diagnostics retenus, l'appréciation du cas et les réponses aux questions de chacune des parties (pp. 19-32). Avec influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques dans le contexte de troubles statiques et altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées (M47.86). Sans influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont retenu les diagnostics suivants : · Cervicalgies chroniques dans le contexte d'uncodiscarthrose C5-C6, C6-C7 discrète. M47.82 · Périarthropathie de la hanche droite. M13.95 · Status après déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit en 2008, traitée de manière conservatrice. · Etat dépressif léger. F32.0 Sous l'intitulé « Appréciation du cas », les experts se sont exprimés en ces termes : « Monsieur D. \_\_\_\_\_ est un expertisé de 49 ans, d'origine [...], établi en Suisse depuis 1989, marié pour la seconde fois, père de trois enfants nés de deux lits différents ; sans formation professionnelle de base, il exerce diverses activités non qualifiées en Suisse, puis travaille comme contrôleur [...] dès 1991 avec formation en cours d'emploi, ce jusqu'en 2001, démissionnant pour « dépression » ; après 2 ans de chômage, il est à nouveau occupé à des postes non qualifiés, dont chauffeur de limousine en 2007,

activité stoppée après quelques mois en raison de lombalgies ; après 2 nouvelles années de chômage, il reprend une activité de chauffeur de taxi en 2010, dont il sera rapidement licencié. Monsieur D.\_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations OAI le 20 octobre 2010 requérant l'octroi d'une rente au motif de lombo-sciatalgies droites chroniques et dorsalgies chroniques ; le Docteur C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste traitant, retient les diagnostics de hernie discale antérieure et postérieure L2-L3 et L3-L4, sténose du canal spinal L2-L3 et L5-S1 et spondylose associée prédominant en L2-L3/L5-S1 (rapport médical du 1<sup>er</sup> décembre 2010). Quant au Docteur G.\_\_\_\_\_, médecin traitant (rapport à l'AI du

#### **E. 6.1**

Quels sont les diagnostics : cf expertise.

#### **E. 6.2**

Quels sont les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'expertisé dans son activité habituelle de chauffeur? cf expertise.

#### **E. 6.3**

Depuis quand les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont-ils présents? A quel degré et pendant quelle période? cf expertise.

#### **E. 6.4**

Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure? Nous ne retenons aucune diminution de rendement dans une activité adaptée. 7. Diagnostics et influence sur la réadaptation professionnelle 7. 1 Quelles sont les limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés? cf expertise. 7.2 Compte tenu de ces limitations, l'expertisé pourrait-il travailler dans le cadre d'une activité adaptée dans la mesure où l'état de santé définitif serait atteint? Oui. L'expertisé pourrait travailler dans une activité adaptée; l'activité la plus adaptée à son état de santé est une activité prenant en considération les limitations fonctionnelles sus-décrites, et ce avec un rendement de 100%. Nous rappellerons que cette réadaptation professionnelle nous paraît indispensable. 8. En raison de ses troubles psychiques, l'expertisé est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel? Oui, l'expertisé est capable de s'adapter à son environnement professionnel malgré ses troubles psychiques. 9. Autres remarques? Aucune. » Le 8 décembre 2014, l'office intimé a transmis sa prise de position. Il constate que les conclusions de l'expertise rejoignent celles rendues en automne 2011 par le SMR. En effet, les experts ont estimé que l'état de santé du recourant l'empêchait d'exercer l'activité antérieure de chauffeur. Un travail à temps plein, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, est toutefois tout à fait exigible. L'assuré est en outre capable de s'adapter à son environnement professionnel malgré ses troubles psychiques. L'intimé relève par ailleurs que les limitations retenues dans l'expertise sont compatibles avec l'exercice des activités prises en compte dans la détermination du salaire pouvant être obtenu en dépit de l'atteinte à la santé, selon la fiche de calcul du 6 décembre 2011. Il s'avère ainsi que le degré d'invalidité est nettement inférieur à 20%, de sorte que l'intimé ne saurait prendre à sa charge les frais d'un reclassement professionnel et que le droit à une rente doit être nié. En conséquence, il propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. Se déterminant par écriture du 16 février 2015 dans le délai prolongé par le magistrat instructeur, le recourant fait valoir que, sur le plan rhumatologique, les experts s'écartent de l'avis médical du Dr C.\_\_\_\_\_. Ainsi, ils n'expliquent pas pour quels motifs ils ne retiennent pas la présence de hernies discales ni

d'une sténose du canal lombaire, pas plus qu'ils n'exposent les raisons pour lesquelles ils s'écartent des limitations fonctionnelles retenues par le Dr C. \_\_\_\_\_ Enfin, alors que ce dernier avait admis une perte de rendement de 20% dans l'exercice d'une activité adaptée en raison des changements de position rendus nécessaires par ses rachialgies, les experts n'expliquent pas pourquoi ils excluent toute répercussion sur le rendement, en dépit de la nécessité, pourtant admise communément, des changements réguliers de position. En ce qui concerne le volet psychiatrique, le recourant souligne que les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité légère et de syndrome douloureux dans le contexte de troubles dégénératifs ont été posés à la suite d'une seule consultation par le Dr S. \_\_\_\_\_ en septembre 2014. Tout en concédant ne pas avoir bénéficié jusqu'à présent d'un suivi psychothérapeutique régulier, le recourant estime qu'il faut souvent plusieurs consultations avant d'être en mesure de poser un diagnostic psychiatrique en toute connaissance de cause. En l'occurrence, les experts disposaient de très peu de données, raison pour laquelle une analyse fondée sur un seul entretien et résumée en deux pages, dont deux paragraphes seulement pour la discussion, ne saurait suffire. Par ailleurs, le recourant observe que les experts fixent le début de la dépression dont il souffre à 2011, soit au décès de sa mère. Or, il rappelle qu'il souffre, depuis son plus jeune âge, d'angoisses, de tristesse et de peur, avec des périodes d'accalmie. De plus, les experts ne semblent pas s'être intéressés aux raisons l'ayant conduit à quitter son emploi de contrôleur, après dix années de collaboration. Par la suite, il n'a plus été en mesure de demeurer à un poste plus de quelques mois. A ses yeux, cette « rupture » dans son parcours professionnel aurait dû davantage être investiguée, ainsi que ses troubles du sommeil et une prise pondérale de 10 kg. Il explique enfin être suivi depuis le mois de décembre 2014 par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel fait état d'une dépression en fluctuation de moyenne à sévère. Le recourant sollicite dès lors un délai supplémentaire afin d'obtenir des informations auprès du praticien prénommé au sujet du diagnostic, de ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail ainsi que du traitement prescrit. Après plusieurs prolongations de délai, le recourant a fait savoir en date du 4 mai 2015 qu'il renonçait à produire un certificat médical du psychiatre traitant. D. Par décision du 26 juin 2014, le magistrat instructeur a fixé l'indemnité de conseil d'office allouée à Me Vautier à 1'706 fr. 40 pour la période du 13 novembre 2012 au 12 juin 2014. Le 18 mai 2015, Me Vautier a fait parvenir la liste des opérations qu'elle a effectuées dans le cadre de la présente cause à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014, ce qui représente un total de 6 h 15. Aucun débours n'a été facturé. E n d r o i t : 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues

par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 20 août 2011.

3. a) 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 al. 1 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 (première phrase). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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 (art. 16 LPGA).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1). 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\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 ; TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Dans la décision attaquée, l'office AI s'est fondé sur l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR par le Dr J. \_\_\_\_\_ en date du 6 septembre 2011 pour reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Dans son recours, l'assuré s'est plaint de la manière dont l'autorité intimée avait instruit son dossier sous l'angle médical et des conclusions qu'elle avait tirées de ses investigations. Il a donc sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, requête à laquelle le magistrat instructeur a fait droit en diligentant une expertise comportant un volet rhumatologique, neurologique et psychiatrique. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité de chauffeur exercée par le recourant avant son atteinte à la santé, les experts retiennent que ce dernier présente, en raison de ses lombalgies, une incapacité totale de travail dans cette profession (rapport d'expertise, p. 29). Ils rejoignent ainsi l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_, reprise par l'intimé dans la décision entreprise. Dans son recours, l'assuré convient que c'est à juste titre que l'intimé lui a dénié toute exigibilité dans son activité habituelle de chauffeur. Subsiste dès lors la question de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

b) Sur le plan somatique, l'expertise judiciaire se décompose en une double analyse : neurologique, d'une part et rhumatologique, d'autre part. aa) En ce concerne l'aspect neurologique, on se limitera à relever que, pour ce qui est de la pathologie lombaire, le Dr I. \_\_\_\_\_ constate que le bilan effectué et l'étude des dossiers radiologiques à sa disposition ne font pas la preuve d'une répercussion neurologique significative des altérations dégénératives disco-vertébrales au demeurant modérées constatées aux deux IRM. Il précise par ailleurs qu'il lui paraît peu probable que les altérations dégénératives disco-vertébrales objectivées aux IRM suffisent à expliquer l'importance des plaintes rapportées par l'assuré. Ainsi, en l'absence d'anomalie significative sur le plan strictement neurologique, il considère qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle susceptible de réduire la capacité de travail de l'assuré dans quelque activité que ce soit. Cette appréciation ne vaut toutefois que sur le seul plan neurologique. Dans le cadre de l'expertise, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'a été responsable que du consilium neurologique. Il n'a pas signé le rapport d'expertise et n'a pas été associé au colloque de synthèse au cours duquel les auteurs de ce dernier se sont entretenus des conclusions auxquelles ont abouti les différents examens effectués à cette occasion. Leur conclusion générale concernant la capacité de travail ne correspond d'ailleurs pas à celle posée par le Dr I. \_\_\_\_\_. Dans cette mesure, l'avis de ce dernier ne saurait être déterminant. Il n'est du reste pas discuté par le recourant. En revanche, celui-ci soulève différents griefs quant à l'analyse rhumatologique. bb) Le recourant reproche aux experts de

s'être écartés du diagnostic posé par le Dr C. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste traitant, dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2010 (repris dans sa lettre du 31 mars 2011 au Dr Z. \_\_\_\_\_). Celui-ci avait retenu une maladie discale dégénérative avec hernie discale antérieure et postérieure L2-L3 et L3-L4 (avec une composante extraforaminale droite) avec sténose du canal spinal L2-L3 et L5-S1 et spondylose débutante associée surtout en L2-L3 et L5-S1. Ce diagnostic fait suite à une IRM lombaire pratiquée en date du 21 septembre 2010. Dans le rapport d'expertise du 18 novembre 2014, les experts retiennent pour seul diagnostic affectant la capacité de travail celui de lombalgies chroniques dans le contexte de troubles statiques et altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées (M 47.86). A l'instar du Dr J. \_\_\_\_\_ en 2011, les experts font non seulement état du résultat de cette imagerie (rapport d'expertise, p. 3) mais également du diagnostic posé par le Dr C. \_\_\_\_\_ (pp. 3 et 24). Ils n'ont donc pas ignoré ces éléments. Ils relèvent toutefois que ces lombalgies n'irradient que modérément en région dorsale mais essentiellement au niveau de la hanche droite et de la face postéro-externe de la cuisse droite jusqu'au genou (paresthésies). L'examen clinique révèle une excellente trophicité musculaire. La percussion de l'entier du rachis est indolore. Le bilan radiologique effectué à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ en date du 26 août 2014 confirme les troubles statiques avec scoliose dextro-convexe en L3, engendrant des discopathies L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'une atteinte dégénérative pluri-étagée modérée. Ces conclusions rejoignent celles ressortant de l'IRM lombaire effectuée le 22 juin 2012, qui conclut à des discopathies avec des protrusions discales pluri-étagées de L1 à L5, sans hernie ni compression significative du fourreau dural ou radiculaire. En outre, dans un rapport du 2 octobre 2012, le Dr P. \_\_\_\_\_ avait signalé une évolution partiellement favorable sur le plan orthopédique à la suite de l'instauration d'un traitement de physiothérapie. Il s'ensuit que les différents examens pratiqués depuis 2010 ne permettent pas de confirmer le diagnostic posé alors par le Dr C. \_\_\_\_\_. Le corollaire de ce qui précède est que les limitations fonctionnelles retenues par les experts découlent des conclusions qu'ils tirent de la situation médicale telle qu'elle se présente à leurs yeux. Dans ce sens, celle-ci ne saurait être exactement similaire à celle à laquelle le Dr C. \_\_\_\_\_ était confronté quelque quatre ans auparavant. Mais il y a plus. Il convient encore de se demander dans ce contexte quelle interprétation le recourant attribue à la lettre adressée le 31 mars 2011 par le Dr C. \_\_\_\_\_ au Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au SMR. S'agissant de l'énumération des limitations fonctionnelles retenues, cette missive, dont il est précisé qu'elle avait été envoyée avec l'aval de l'assuré, contient un tableau constitué de deux colonnes, l'une intitulée « activités » et l'autre « limitations ». Ainsi, la première colonne décrit différentes positions dans lesquelles un travail peut être exercé (en position seulement assise, seulement debout, seulement en marchant, travailler accroupi, à genoux, en rotation du tronc, avec alternance des positions), ainsi que les déplacements qu'implique une profession (monter ou descendre des échelles, travailler sur des échafaudages), le port de charges ou encore l'exposition aux intempéries (froid et vent). En regard de ces différentes activités, le Dr C. \_\_\_\_\_ a inscrit, dans la colonne « limitations », les mots « oui » ou « non », la question du port de charges l'ayant cependant conduit à donner quelques précisions complémentaires au sujet de la manière de porter ou soulever des charges ainsi que l'indication du poids maximal à respecter. A titre d'exemple, en regard de la rubrique « exposition aux intempéries, froid et vent » figurant dans la colonne « activités », le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit « non » dans la colonne « limitations ». Dans son écriture du 16 février 2015, le recourant prétend toutefois que le Dr C. \_\_\_\_\_ exclut l'exercice de toute profession susceptible de l'exposer à des conditions climatiques

difficiles. Or, on doit bien plutôt admettre que le Dr C. \_\_\_\_\_ entend que l'assuré ne présente pas de limitations en relation avec l'exposition aux intempéries. Le recourant ne saurait donc dans ces conditions reprocher aux experts de ne pas avoir motivé les raisons pour lesquelles ils s'écartent des limitations fonctionnelles énoncées par le Dr C. \_\_\_\_\_, ce d'autant plus que les experts ne retiennent pas de limitations en relation avec diverses nuisances (bruit, poussières, etc.). Au demeurant, même si le Dr C. \_\_\_\_\_ n'explicite pas la motivation ayant présidé au choix des limitations fonctionnelles retenues, il apparaît qu'elles se superposent dans une large mesure à celles retenues par le Dr J. \_\_\_\_\_, puis par les experts de la Polyclinique Médicale X. \_\_\_\_\_. Le recourant s'en prend enfin à la capacité de travail de 100% retenue par les experts dans une activité adaptée à ses limitations, leur reprochant derechef de s'être distanciés de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ sur ce point. Celui-ci aurait retenu selon lui une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, en raison des changements de position rendus nécessaires par ses rachialgies. A cet égard, il sied de relever que, dans son avis 25 août 2011, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a constaté que, prié par le SMR de traduire en termes de capacité de travail les limitations fonctionnelles retenues, le Dr C. \_\_\_\_\_ a refusé de contre-signer la lettre du 27 juin 2011, censée résumer sa position. Partant, l'argument du recourant tombe à faux. L'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ n'est donc d'aucun secours au recourant. Il est en outre particulièrement lapidaire. De plus, il émane du chirurgien orthopédiste traitant, dont il s'impose d'apprécier l'analyse avec retenue (cf. considérant 3c supra).

c) Le recourant se plaint aussi de l'évaluation psychiatrique à laquelle les experts ont procédé. A l'issue de son examen, le Dr S. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif d'intensité légère (F 32.0) ainsi que des syndromes douloureux dans le contexte de troubles dégénératifs. Ensuite du colloque de synthèse, auquel le praticien prénommé a lui-même participé, seul le premier d'entre eux a été retenu, toutefois sans effet sur la capacité de travail. Les experts soulignent que les divers éléments cliniques anamnestiques et la lecture des rapports médicaux à leur disposition permettent de retenir ce diagnostic. Présent probablement depuis 2011 (année au cours de laquelle la mère de l'intéressé est décédée), cet état dépressif se manifeste par des moments de tension, d'anxiété, de tristesse ou encore de perte de motivation. Il semble être soulagé par les médicaments psychotropes, et son intensité ne représente pas un obstacle à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique. Les experts signalent par ailleurs des traits de personnalité narcissiques et projectifs chez l'assuré, qui ne constituent pas un syndrome pathologique en soi, mais qui exercent une influence sur son attitude face à sa situation, attitude qui se révèle un peu rigide et projective, avec tendance à attribuer tout problème rencontré à une causalité psychologique traumatique. Les experts encouragent par conséquent un suivi psychothérapeutique en vue d'assouplir le système défensif un peu rigide de l'intéressé et de le rendre accessible aux mesures thérapeutiques proposées et de faciliter également une réinsertion professionnelle. Le recourant allègue que les experts n'auraient pas suffisamment investigué les raisons pour lesquelles il aurait connu un parcours professionnel cahotique depuis sa démission en 2001 de son poste de contrôleur de chemin de fer. A cela s'ajoutent des troubles du sommeil et une prise pondérale de 10 kg. Invité à s'exprimer sur ses difficultés professionnelles, le recourant évoque « des ras-le-bol au travail mis au compte d'état d'angoisse dont la description reste assez floue » (cf. rapport d'expertise, p. 20). On ne peut dès lors pas faire grief aux experts de ne pas avoir cherché à connaître les circonstances ayant déterminé ces ruptures. A lire les experts, celles-ci paraissent imputables à des traumatismes remontant à l'enfance et ayant contribué au

développement d'une personnalité présentant des traits narcissiques et projectifs. Ces derniers nécessitent d'être pris en charge au moyen d'une psychothérapie appropriée, destinée, entre autres, à aider l'assuré à adopter une attitude plus constructive vis-à-vis d'une réinsertion professionnelle. Au vrai, la structure de personnalité de l'assuré ne l'a pas empêché de suivre une formation en cours d'emploi de contrôleur de chemin de fer et d'œuvrer pendant près de dix ans au service du même employeur. C'est donc à juste titre que les experts considèrent que les traits narcissiques et projectifs mis en exergue ne constituent pas des affections psychiatriques, pas plus que les troubles du sommeil dont l'assuré se prévaut et qui avaient d'ailleurs déjà été signalés par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 janvier 2012. Quant à la prise pondérale de 10 kg, outre que le recourant ne fait pas la démonstration d'un quelconque lien entre cette dernière et son état de santé psychique, on pourrait à la rigueur la mettre sur le compte de l'arrêt de toute pratique sportive (cf. rapport d'expertise, pp. 15 et 16 ; rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2011, p. 3). Au reste, le Dr K. \_\_\_\_\_ relève qu'après avoir recommencé de s'entraîner à la boxe, l'assuré a perdu environ 2 kg. En définitive, l'argumentation du recourant tend à substituer sa propre appréciation, au demeurant non étayée, de la situation médicale à celle retenue par les experts. Le recourant soutient encore que plusieurs consultations sont nécessaires avant de poser un diagnostic psychiatrique. Or, on ne voit pas en quoi un seul entretien aurait empêché l'expert de cerner de manière adéquate la personnalité de l'assuré et de se déterminer sur l'existence d'un trouble ainsi que sur la répercussion éventuelle de celui-ci sur sa capacité à reprendre une activité lucrative. En particulier, la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). En fin de compte, le recourant ne démontre pas que des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise judiciaire. d) Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que, sur la base de l'examen clinique effectué au SMR en septembre 2011 puis sur celle de l'expertise judiciaire de novembre 2014, l'administration intimée a considéré que le recourant présente, dès le 20 août 2011, soit au terme du délai de carence d'une année, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il sied en outre de constater que le rapport de la Polyclinique Médicale X. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2014 satisfait à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. considérant 3c supra). Fruit d'une étude approfondie du cas, cette expertise rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse circonstanciée de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Ses conclusions peuvent donc être suivies. 5. Sous l'angle économique, l'assuré ne soulève aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité tel qu'arrêté par l'office AI. Il conteste en revanche le taux d'abattement de 10% appliqué sur le salaire d'invalidé et considère que sa situation personnelle et professionnelle justifie un abattement de 25%, taux ramené à 20% en réplique. a) Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_389/2012 du 9 octobre 2012 consid. 4.2.2). On se

réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 5/1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) Dans le cas d'espèce, il sied de considérer que le taux de 10% retenu par l'office intimé tient suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce. Un abattement plus élevé n'est pas indiqué, en raison de l'âge de l'assuré encore relativement jeune, du fait qu'il se trouve au bénéfice d'un permis d'établissement et qu'il a travaillé en Suisse pendant une vingtaine d'années, dont dix au service du même employeur, nonobstant son absence de formation professionnelle. Au demeurant, le recourant n'apporte aucun élément qui permettrait de constater que l'administration aurait commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation. Or, même en procédant à l'abattement maximum admis par la jurisprudence, à savoir 25% – une déduction moins importante apparaîtrait cependant mieux appropriée –, on obtient un revenu d'invalidité de 46'483 fr. 47, qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité – non contesté – de 64'800 fr., donne un taux d'invalidité de 28,26%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

6. En définitive, en déniant le droit du recourant à toute prestation d'invalidité, la décision entreprise échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 7 juin 2012.

7. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et

devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés à la charge de l'Etat. b) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Muriel Vautier à compter du 12 juillet 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Le 18 mai 2015, Me Vautier a produit le relevé des opérations qu'elle a elle-même effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 6 mai 2015. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 6 heures 15 au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ). On précisera encore qu'en l'absence de liste de débours, il se justifie de fixer l'indemnité forfaitaire de 100 fr. pour les débours, sans qu'il y ait lieu de retenir un montant plus élevé (art. 3 al. 3 RAJ). Ainsi, Me Vautier a droit à un montant de 1'323 fr., TVA au taux de 8% comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. c) Succombant, le recourant ne saurait prétendre à l'indemnité de dépens qu'il sollicite (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

## **E. 7**

décembre 2010), il prie l'Al de se référer aux diagnostics orthopédiques mentionnés, qualifie l'incapacité de travail de totale, sans réadaptation envisageable. Le Docteur C.\_\_\_\_\_, dans un rapport complémentaire au SMR du 31 mars 2011, émet un nombre important de limitations fonctionnelles, sans se prononcer sur la capacité de travail. Un examen SMR rhumatologique a dès lors lieu, réalisé par le Docteur J.\_\_\_\_\_, rhumatologie, médecine interne FMH, le 6 septembre 2011, qui conclut au diagnostic de rachialgies diffuses avec lombo-cruralgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et gonalgies droites intermittentes. La capacité de travail est évaluée de nulle dans l'ancienne activité de chauffeur de taxi (depuis le 28 octobre 2010) et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites. Après recours contre le projet de décision de l'Al de refus de prestations et octroi d'aide au placement, l'OAI confirme son refus par décision du 7 juin 2010. [recte : 2012, réd.] Monsieur D.\_\_\_\_\_ dépose recours au Tribunal Cantonal contre cette décision le 20 juillet 2012, demandant l'annulation de la décision du 7 juin 2012, l'octroi d'une rente OAI à 100% et le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous forme d'expertise pluridisciplinaire; Maître Vautier, mandataire de Monsieur D.\_\_\_\_\_, relève de plus que les nombreuses limitations fonctionnelles de son mandant ne sont pas compatibles avec une capacité de travail dans le domaine industriel et qu'il n'est pas justifié qu'un reclassement professionnel ait été exclu. Après réplique et détermination de l'OAI, celui-ci maintient sa position et le Tribunal Cantonal mandate la Polyclinique Médicale

X. \_\_\_\_\_ pour expertise pluridisciplinaire. Sur le plan rhumatologique, Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente différentes plaintes ; de manière prépondérante des lombalgies basses, évoluant subjectivement depuis l'adolescence, exacerbées vers 2007-2008 dans le cadre de son activité de chauffeur de taxi effectuée en position assise prolongée avec port de charges. Actuellement, il se plaint de sensations de « tension » au niveau du rachis lombaire bas, associées à des douleurs survenant au moindre effort ou lors de stress, soulagées par le décubitus dorsal et la physiothérapie. Ces lombalgies n'irradient que modérément en région dorsale mais essentiellement au niveau de la hanche droite et de la face postéro-externe de la cuisse droite jusqu'au genou (paresthésies). A l'examen clinique, mentionnons en premier lieu une excellente trophicité musculaire chez cet ancien haltérophile ; la marche s'effectue avec port d'une canne à droite dans le couloir, avec boiterie, puis sans canne ni boiterie dans la salle d'examen; au niveau statique on note une attitude scoliotique dorsale droite et lombaire gauche; l'antéflexion du rachis est fortement limitée, essentiellement par appréhension, avec Schober lombaire de 10/12 cm, Schober dorsal 30/30 cm et distance doigts-sol 49 cm. La percussion de l'entier du rachis est indolore. Le bilan radiologique effectué confirme les troubles statiques avec scoliose dextro-convexe en L3, engendrant des discopathies L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'une atteinte dégénérative pluri-étagée modérée. Monsieur D. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs au niveau de la hanche droite, douleurs qualifiées de peu importantes, avec essentiellement impression de paresthésies de la cuisse droite irradiant jusqu'au genou, signalant cependant une anamnèse d'arthrose sévère de cette articulation, bien qu'aucun document du dossier ne mentionne ce fait. Cliniquement, la mobilisation de la hanche droite est complète, discrètement sensible, avec douleurs à la palpation péri-trochantérienne et à la mise sous tension du moyen fessier. Le bilan radiologique standard ne démontre pas de signe de coxarthrose droite, ni d'atteinte des sacro-iliaques. Nous retiendrons donc le diagnostic de périarthrite de hanche droite. Par ailleurs, Monsieur D. \_\_\_\_\_ mentionne des cervicalgies chroniques, spontanément qualifiées de modérées, évoluant depuis de nombreuses années, exacerbées à la mobilisation, sans irradiation dans les membres supérieurs. A l'examen clinique, on note essentiellement des rotations et inclinaisons droites limitées d'une dizaine de degrés; le bilan radiologique met en évidence une discrète uncodiscarthrose de C5 à C7. Précisons encore que Monsieur D. \_\_\_\_\_ ne mentionne actuellement aucune plainte concernant le genou droit, alors que le diagnostic de gonalgies droites dans le cadre de status après déchirure du LCA a été auparavant retenu, considéré comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Sur le plan fonctionnel et ce du point de vue strictement rhumatologique, en présence de troubles statiques et altérations dégénératives lombaires disco-vertébrales pluri-étagées, il s'agit de reconnaître les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position assise ou debout prolongée, possibilité d'alterner régulièrement ces positions, pas de port de charges régulier supérieur à 10kg, pas de travail en porte-à-faux du rachis. Le bilan a été complété par un consilium neurologique incluant ENMG [électroneuromyogramme, réd.]. L'examen clinique neurologique est considéré comme sans anomalie significative et l'ENMG ne relève pas d'atteinte neurogène périphérique significative au niveau du membre inférieur droit et de la musculature paravertébrale lombaire; la relecture des documents radiologiques (IRM) révèle des altérations dégénératives disco-vertébrales lombaires modérées pluri-étagées, sans évidence de conflit disco-radiculaire; si le canal rachidien paraît un peu étroit en 2010, ce fait n'est pas retrouvé en 2012. En conclusion, concernant la pathologie lombaire, le bilan neurologique actuel ne permet pas de conclure à une répercussion neurologique

significative des altérations disco-vertébrales constatées aux deux IRM. Sur le plan thérapeutique, notre confrère précise qu'il n'y a en tout cas pas d'indication tant à une sanction chirurgicale (telle proposée par le passé) qu'à des infiltrations péridurales. Sur le plan fonctionnel, la capacité de travail peut être considérée de complète sur le plan neurologique dans quelque activité que ce soit. De même les cervicalgies modérées sont à considérer également comme sans répercussion fonctionnelle sur la capacité de travail.

Concernant son parcours de vie, nous notons une enfance passée à [...], en [...], deuxième d'une fratrie de 4 avec une soeur aînée et un frère et une soeur cadets, issu d'un milieu très pauvre, sa mère femme de ménage et son père employé agricole. Lorsqu'il a 5 ans, son père décède et Monsieur D. \_\_\_\_\_ est dès lors confié à un oncle habitant à une centaine de km. Seul, sans contacts avec sa mère, Monsieur D. \_\_\_\_\_ subit pendant un an et demi des maltraitances et des violences tant verbales que physiques graves et répétées de la part de cet oncle. Il est par la suite repris par sa mère et ressent dès lors des angoisses liées aux souvenirs traumatiques de cette période. A l'âge de 17 ans, Monsieur D. \_\_\_\_\_ fait à nouveau face à des angoisses massives dont il se sort par des activités sportives intensives. Après avoir échoué à l'épreuve du baccalauréat à 18 ans, il rencontre à [...] une jeune fille suisse âgée de 17 ans, qu'il rejoint en Suisse 3 mois plus tard, l'épousant assez rapidement, avec naissance d'un fils la même année. L'union n'a duré que 3 ans; le fils, actuellement âgé de 25 ans, refuse depuis ses 18 ans tout contact avec son père, ce que l'expertisé considère de justifié, ne s'étant pas occupé de lui. Monsieur D. \_\_\_\_\_ s'est marié une seconde fois en 2010, avec une femme d'origine tunisienne, actuellement âgée de 27 ans, le couple a eu deux jeunes garçons de 3 ans et 1 an. En 2011, la mère de l'expertisé décède et en 2012 l'expertisé consulte à de nombreuses reprises les urgences de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ pour des plaintes multiples sans substrat organique ; une évaluation a lieu au [...], service ambulatoire du département de psychiatrie de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, aboutissant au diagnostic de trouble anxieux non spécifique et à la suggestion d'un suivi thérapeutique. S'en sont suivies quelques consultations au centre psychiatrique ambulatoire privé A. \_\_\_\_\_, rapidement stoppées, car jugées inefficaces. La médication antidépressive prescrite par le médecin traitant n'a pas été non plus suivie avec prise de Temesta en réserve. Actuellement, Monsieur D. \_\_\_\_\_ vit avec sa femme et ses 2 enfants, la vie familiale est qualifiée de « ça va pas trop mal avec du Temesta ». Sur le plan social, il se déclare entouré par de nombreux amis qu'il voit régulièrement. Sur le plan psychiatrique, nous notons un contact affable et collaborant, légèrement teinté d'une douceur un peu maniérée, voire d'une discrète attitude de séduction ; on n'observe pas de trouble de l'attention ou de la vigilance, le discours est plutôt abondant, bien articulé, avec un vocabulaire plutôt riche. Le contenu évoque la souffrance vécue dans l'enfance, les capacités de résilience mises à l'oeuvre à l'adolescence, les qualités et les succès vécus autrefois. Le discours devient imprécis et par moment confus lorsque les éléments concernant les troubles psychologiques sont abordés ; ceux-ci sont effectivement mis systématiquement au premier plan alors que l'on peine à véritablement percevoir leur nature, leur durée et leur intensité ; Monsieur D. \_\_\_\_\_ évoque ainsi des éléments aboutissant à des ruptures amoureuses ou à des « ras-le-bol » au travail, mis sur le compte d'état d'angoisse dont la description reste toutefois assez floue. Toute la souffrance est ramenée à la période de violence sans doute réelle subie à l'âge de 6 ans pendant un an et demi. Cet épisode traumatique est présenté comme l'explication de tous ses problèmes de santé « je dois guérir la tête si je veux guérir les douleurs, tout vient de là ». Dès lors, tout autre traitement, qu'il soit d'ordre purement somatique ou chirurgical n'a de sens pour

l'expertisé. Précisons que de manière générale, l'entretien suscite chez l'examineur une contre-attitude plutôt négative, probablement en réaction à des traits de personnalité narcissique et projectifs aboutissant à un contact un peu inauthentique, peu empathique, plutôt repliée vers une attitude victimaire assez rigide. Les plaintes d'ordre psychologique sont assez peu systématisées, l'expertisé parlant de grand malaise incluant « tristesse, angoisse et peur en permanence ». Cet état a toujours été présent selon l'expertisé mais disparaissant selon lui dans les périodes de « passion ». Monsieur D. \_\_\_\_\_ évoque de plus des troubles du sommeil de longue date, une prise pondérale d'environ

## E. 10

kg depuis 2010. Sur le plan thérapeutique, l'aide psychologique est ressentie comme inefficace. Les divers éléments cliniques anamnestiques et la lecture des rapports médicaux à disposition permettent de retenir le diagnostic d'état dépressif d'intensité légère. Cet état dépressif est probablement présent depuis 2011 (date correspondant au décès de sa mère), se manifeste par des moments de tension, d'anxiété, de tristesse ou encore de perte de motivation. Cet état dépressif semble être soulagé par les médicaments psychotropes, et son intensité ne représente pas un obstacle à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique. D'autre part, signalons des traits de la personnalité de l'expertisé narcissiques et projectifs, qui ne constituent pas un syndrome pathologique en soi, mais qui exercent une influence sur l'attitude de l'expertisé face à sa situation, attitude qui se révèle un peu rigide et projective, avec tendance à attribuer tout problème rencontré à une causalité psychologique traumatique. Dès lors, du point de vue de l'expertisé, un problème de santé, quel qu'il soit, échappe à toute approche médico-chirurgicale, car appartenant à une souffrance qui demanderait plutôt « réparation familiale » sinon reconnaissance. Dans ce contexte, nous encourageons fortement un suivi psychothérapeutique dans la mesure du possible, ce au vu d'assouplir le système défensif un peu rigide de l'expertisé et de le rendre accessible aux mesures thérapeutiques proposées et de faciliter également une réinsertion professionnelle. Globalement, après prise en considération des divers avis médicaux spécialisés émis, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, nous estimons que la capacité de travail de Monsieur D. \_\_\_\_\_ est actuellement nulle dans la dernière activité exercée de chauffeur de taxi, mais de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles sus et sous-mentionnées, ce pour motif essentiellement rhumatologique.

REPONSES AUX QUESTIONS DE L'OAI ·

Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé? Actuellement, nous estimons que la capacité résiduelle de Monsieur D. \_\_\_\_\_ est [de] nulle dans la dernière activité exercée de chauffeur de taxi mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sus et sous-décrites. · A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins? La capacité de travail a diminué de 25% au moins depuis le 19 août 2010, date de l'introduction d'un arrêt de travail à 100%. · Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Dans les faits, Monsieur D. \_\_\_\_\_ n'a jamais repris d'activité professionnelle depuis cette date. Nous estimons que la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité de chauffeur de taxi dès le 19 août 2010 suite à l'arrêt de travail introduit pour lombalgies. Il est difficile de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail par la suite, seul son médecin traitant le Docteur G. \_\_\_\_\_ s'étant prononcé, qualifiant l'incapacité de travail totale dès le 20 août 2010 sans reprise envisageable. On peut raisonnablement estimer que l'incapacité de travail est restée totale dans toute activité pendant un mois jusqu'au 20 septembre 2010, puis dès cette date est

restée nulle dans l'ancienne activité mais de 100% dans une activité adaptée. · Pronostic (de la capacité de travail)? Le pronostic est mitigé essentiellement en raison de l'attitude plutôt négative de l'expertisé face à son avenir professionnel, celui-ci s'estimant totalement incapable de travailler. · La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Oui. Monsieur D. \_\_\_\_\_ vient de changer de médecin traitant, actuellement en traitement chez le Dr M. \_\_\_\_\_ avec suivi 1x/mois et le contact est qualifié de bon. Cependant, il a spontanément mis fin au dernier suivi psychothérapeutique mis en place après 3-4 séances ; nous encourageons cependant fortement la reprise d'un suivi psychothérapeutique, dans la mesure du possible, dans le but d'assouplir le système défensif un peu rigide de l'expertisé et de le rendre ainsi accessible notamment à une reconversion professionnelle. Il semblerait judicieux que le Dr M. \_\_\_\_\_ motive son patient dans ce sens. · Si oui, ce traitement médical est-il, du point de vue médical, exigible de l'assuré? Oui. · Durée nécessaire probable du traitement? Trop tôt pour se prononcer. · Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite? 100% dans une activité adaptée. · L'assuré est-il/elle d'accord avec ce traitement? [ ] oui [ ] non (si non, pour quelles raisons) Nous n'avons pas eu l'occasion d'en discuter avec Monsieur D. \_\_\_\_\_. · La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel? [ x ] oui [ ] non (si non, pour quelles raisons) Il apparaît essentiel qu'une réinsertion professionnelle soit mise en place chez cet expertisé encore jeune. Cependant, au vu de l'attitude fortement négative de Monsieur D. \_\_\_\_\_ face à ce projet, il apparaît indispensable que celui-ci soit discuté au sein de la relation thérapeutique avec son médecin traitant, puis dans la mesure du possible dans le cadre d'une relation psychothérapeutique. · Un reclassement professionnel est-il judicieux? [ x ] oui [ ] non Si oui, quel(s) point(s) le conseiller devrait-il prendre en considération? A évaluer avec les conseillers en réadaptation. · Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient): [ x ] Position de travail (debout, assis, etc.) : nécessité de pouvoir alterner les positions debout, assise, pas de position statique ou assise prolongée. [ ] Horaire : [ ] à plein temps [ ] à mi-temps [ ] autres [ x ] Port de charges: pas de port de charges régulières supérieur à 10 kg. [ x ] Travaux lourds: pas de travaux lourds. [ x ] Marche: pas de marche en terrain irrégulier. [ ] Nuisances diverses: bruit, poussières, etc. : [ ] Conditions de travail (milieu ouvert, protégé) : [ ] Niveau de formation : [ ] Capacité d'apprendre : [ ] Motivation : [ x ] Autres: ce sont celles liées à la pathologie psychiatrique: d'une part l'état dépressif, même d'intensité légère, peut engendrer une perte de motivation, sans toutefois représenter un obstacle à une pleine capacité de travail; par ailleurs, relevons que les traits de personnalité de l'expertisé, narcissiques et projectifs, sans constituer un syndrome pathologique en soi, peuvent exercer une influence sur l'attitude de l'expertisé face à sa situation, attitude pouvant compliquer une réinsertion professionnelle. · La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires? [ ] oui [ x ] non · Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté? 100% avec un rendement de 100%. REPONSES AU COURRIER DE Me M. VAUTIER, avocate

1. Antécédents personnels : cf expertise.
2. Anamnèse systématique : cf expertise.
3. Plaintes et données subjectives de l'expertisé : cf expertise.
4. Constatations objectives : cf expertise.
5. Evolution de l'état de santé de l'expertisé? 5.1

Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'expertisé, en particulier depuis 2011, tant sur le plan physique que psychique? Si l'on considère l'évolution sur le plan physique de 2011 à ce jour, nous pouvons constater que l'évolution est stable, à savoir inchangée. Sur le plan psychique, nous relèverons, comme discuté dans l'expertise, que l'évolution est marquée par l'apparition d'un état dépressif, probablement depuis 2011, à mettre notamment en relation avec le décès de sa

mère survenu la même année. 5.2 Quelle est l'évolution prévisible de l'état de santé de l'expertisé, tant sur le plan physique que psychique? Il ne nous est pas possible de nous projeter dans l'avenir à long terme, mais nous pouvons estimer qu'actuellement l'évolution de l'état de santé de Monsieur D. \_\_\_\_\_ est stable. 6 Diagnostics et influence de l'activité exercée jusqu'ici

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