

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 775 vom 1. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__775

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 775 du 1 septembre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 775 del 1 settembre 2015

Regeste

APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, RENTE D'INVALIDITÉ, FIBROMYALGIE | 17 al. 1 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 1

LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité, singulièrement à un reclassement dans une nouvelle profession, et/ou à une rente, prestations qui lui ont été refusées par décision du 23 octobre 2014.

E. 3

a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la

gravité de l'atteinte à la santé. L'octroi d'une mesure de reclassement dans une autre profession suppose, entre autres conditions, que l'assuré présente en principe une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_547/2009 du 30 octobre 2010 consid. 3, in SVR 2010 IV n° 16 p. 50 et I 18/05 du 8 juillet 2005 consid. 2, in SVR 2006 IV n° 15 p. 53). b) 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon 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 demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 leur 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. En ce qui concerne 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 médicales

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

E. 3.1

; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

E. 4

a) Dans le cadre de la décision attaquée, l'intimé a retenu que le recourant est atteint de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs induisant une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle d'employé de restauration et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir dans une activité excluant les activités prolongées au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 10 kg, les positions statiques assise et debout de plus d'une heure, les mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire, ainsi que la marche au-delà d'un kilomètre). Le recourant soutient que le poste qu'il occupe actuellement à 50% est adapté. Une invalidité à 50% a d'ailleurs été reconnue par la Z._____, si bien qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité et d'une rente pont. Il est d'avis qu'en présence de deux positions argumentées et contradictoires, l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec un volet rhumatologique. b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid.

E. 5

a) En l'occurrence, le recourant s'est plaint dès 2006 de douleurs au niveau des épaules (cf. remise de service de la PMU de mars 2006), puis dès 2009 au niveau des lombaires (cf. courrier du 15 septembre 2009 de la Dresse F._____), dès 2011 au niveau des hanches (cf. notamment rapport du 10 octobre 2011 relatif à une radiographie de la hanche gauche face/profil) et enfin au niveau du membre inférieur gauche. Dans le cadre de l'examen clinique du 26 février 2014, l'intéressé a indiqué que c'était la douleur lombaire irradiant dans la fesse gauche et la douleur de l'épaule gauche qui le gênaient le plus dans les activités quotidiennes. Malgré une prise en charge lege artis par le V._____ et le Dr G._____, l'évolution a été défavorable, l'assuré ne supportant pas la position debout plus de 15 minutes, se déplaçant avec une béquille ou s'appuyant contre le mur (cf. rapport du Dr K._____ du 9 mai 2014). b) Le recourant ne conteste pas véritablement les diagnostics qui ont été finalement retenus par les Drs L._____ et T._____ dans leur rapport du 4 mars 2014, mais leur répercussion sur la capacité de travail, respectivement sur

les limitations fonctionnelles à retenir. Les médecins précités ont ainsi posé les diagnostics de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, le diagnostic de douleurs poly-articulaires d'origine non spécifique n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont exclu le diagnostic de fibromyalgie, la recherche de points douloureux spécifiques ne révélant qu'un point algique au niveau de l'épicondyle gauche. Ils ont écarté le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée initialement retenu par le Dr P._____ (rapport du 23 janvier 2012), le score d'hypermobilité articulaire selon Brighton étant à 3/9, alors qu'un minimum de quatre points est requis. Au niveau cervico-dorso-lombaire, les Drs L._____ et T._____ ont confirmé les conclusions du rapport d'IRM du 23 juin 2011 laquelle ne montrait qu'une légère atteinte dégénérative des articulations facettaires postérieures lombaires et une uncarthrose cervicale débutante, ce qui avait permis d'exclure une hernie discale, une compression radiculaire, une fracture ou une inflammation localisée. Ils ont qualifié les atteintes dégénératives de légères, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail complète dans la profession d'employé de restauration. Au niveau du bassin, de nombreux examens ont été pratiqués en lien avec les lombalgies et les difficultés au niveau de la marche. L'IRM effectuée le 17 novembre 2011 a montré des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sans atteintes dégénératives manifestes et a conclu à une enthésopathie du moyen fessier gauche, sans bursite associée et à une suspicion de déchirure labrale gauche à corrélérer avec un examen clinique. Cette hypothèse n'a toutefois pas été confirmée par l'examen clinique pratiqué par le Dr P._____ qui a finalement retenu une tendinite du moyen fessier (rapport du 23 janvier 2012). Par ailleurs, différentes investigations ont été menées par des spécialistes, lesquels ont finalement exclu une cause vasculaire (rapport de la Prof. D._____ du 26 juin 2012), neurologique (rapport du Prof. B._____ du 8 août 2012) et rhumatismale (rapport des Drs C._____ et N._____ du 3 mars 2010). Dans le cadre d'une consultation orthopédique du 5 avril 2012 faisant suite à des douleurs dans la région fessière irradiant dans la région trochantérienne et dans la face latérale de la jambe et des douleurs lombaires basses, le Dr W._____ a uniquement retenu comme diagnostic des lombosciatalgies fonctionnelles gauches, tout comme le Dr G._____ qui a, dans son rapport du 1^{er} mai 2012 à l'OAI, posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches. Les Drs L._____ et T._____ ont finalement exclu une tendinite du moyen fessier incapacitante, le recourant étant en mesure de monter et descendre plusieurs marches d'escaliers sans soutien (cf. rapport du 23 janvier 2012 du Dr P._____). Au vu de l'ensemble des rapports précités, il n'y a pas de motif qui justifierait de s'écarter des diagnostics finalement posés par les experts, à savoir ceux de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, les radiographies épaules, bassin et hanches effectuées le 20 mars 2014 s'avérant au demeurant dans les limites de la norme. Certes, les Drs G._____ (courrier du 1^{er} octobre 2014) et M._____ (courrier du 19 mai 2014) ont également fait état d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée sans toutefois fournir la moindre explication quant aux motifs permettant de retenir un tel diagnostic et à son éventuelle répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. c) aa) S'agissant de la capacité de travail du recourant, les Drs L._____ et T._____ ont estimé que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit pas d'activités prolongées au-dessus de l'horizontale, pas de port de

charges de plus de 10 kg, pas de positions statiques assise et debout de plus d'une heure, pas de mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire, pas de marche au-delà d'un kilomètre, il conservait une capacité de travail de 100% dès octobre 2011, appréciation confirmée par le Dr K. _____ du SMR (rapport du 9 mai 2014). Qualifiant l'activité habituelle de légère, ils ont toutefois conclu à une baisse de rendement de 10% pour tenir compte des changements de position et des mouvements d'étirements musculaires et capsulaires dans un but antalgique. bb) Le recourant est d'avis que l'appréciation des experts est contradictoire avec celle décrite le 19 mai 2014 par la Dresse M. _____, cheffe de la médecine du personnel du V. _____. Cette praticienne a ainsi mentionné qu'un retour en milieu du travail avait pu avoir lieu en novembre 2013 à un taux de 50% au secteur de la laverie du service de restauration du V. _____, mais que l'intéressé ne travaillait pas à un poste de « surveillance des machines et objets » comme retenu par les experts. En raison des limitations fonctionnelles présentées, un reclassement de 50% était un maximum. Contrairement à l'avis du recourant, on ne saurait parler en l'occurrence de contradiction dans l'appréciation de sa capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée. Si l'on se réfère au rapport du 4 mars 2014 (cf. anamnèse professionnelle, p. 4) des Drs L. _____ et T. _____, il semble que le travail physique décrit par l'assuré avec un horaire à plein temps concernait l'activité habituelle avant le mois d'octobre 2011. Dans le cadre de la reprise d'une activité au V. _____ en novembre 2013, les experts ont consigné les déclarations de l'assuré, respectivement de l'interprète, de la manière suivante : « Il a repris une activité à 50% au V. _____ depuis novembre 2013 dans un poste adapté. L'activité est moins physique. Il surveille les machines à laver et contrôle que ce sont les bons objets qui sont acheminés dans les machines à laver. Les horaires de ce nouveau travail sont de 17h00 à 21h00. Il y a une pause de 15 minutes. L'assuré dit régulièrement s'asseoir. Son chef lui aurait dit qu'il travaille moins que les 50% annoncés ». Or, d'après les précisions de la Dresse M. _____, l'assuré est en réalité affecté depuis novembre 2013 à trois postes, à savoir la vidange des plateaux repas des patients, la sortie des tunnels de lavage et la plonge des grands accessoires de cuisine. Cette activité à la chaîne exigeant un travail soutenu s'effectue exclusivement en position debout, nécessite des mouvements de flexion/extension et torsion du tronc à répétition, implique de la manutention de charges (déplacements de chariots de 10 à 15 kg, prise de plateaux de 3 à 4.5 kg en hauteur et en bas, des paniers en hauteur, le déplacement des paniers de vaisselle remplis et de piles de vaisselle). cc) Au vu de la description du poste assumé par le recourant dès novembre 2013, laquelle ne concorde manifestement pas avec les déclarations de l'intéressé aux experts, il sied de retenir que cette activité ne saurait être considérée comme une activité adaptée, puisqu'elle ne respecte pratiquement aucune des limitations fonctionnelles mises en évidence par les experts. A cet égard, il est surprenant que dans le cadre de sa réplique du 4 février 2015, le recourant persiste dans ses déclarations, puisqu'il indique que « l'unité spécialisée en médecine du travail considère mon nouveau poste de travail (qui n'est plus l'activité habituelle) comme adapté. Il s'agit en effet d'un poste ayant avant tout une tâche de surveillance ». Par conséquent, compte du fait qu'une activité adaptée à 100% est exigible de l'assuré, il n'est pas nécessaire de déterminer si la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de restauration est de 50%. dd) En tout état de cause, contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'estimation de l'invalidité d'un assuré que fait une institution de prévoyance ne lie en aucun cas les organes d'application de la LAI. En effet, le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité et la force contraignante qui en

découle quant à l'évaluation de celle-ci (principe, taux et début du droit) ne vaut que dans un sens : l'institution de prévoyance est liée en principe par l'estimation de l'organe de l'AI compétent lorsqu'elle reprend dans son règlement la définition de l'invalidité de l'AI, mais non l'inverse. Ainsi donc, selon la jurisprudence, si une institution de prévoyance accorde une rente d'invalidité pendant la réadaptation ou au cours de l'examen du droit à une rente par l'organe de l'AI, son estimation de l'invalidité n'est pas déterminante pour l'office AI (TFA I 82/03 du 29 août 2003 consid. 2.4 et les références citées). Dans le cas d'espèce, la rente d'invalidité partielle de 50% accordée au recourant par la Z._____ dès le 1^{er} septembre 2014, ainsi qu'une rente-pont AI (cf. décision du 21 octobre 2014) ne sauraient par conséquent lier l'intimé dans la fixation du taux d'invalidité de l'intéressé selon la LAI.

d) Cela étant, l'autorité de céans ne voit de toute façon aucun motif qui justifierait de s'écarter des observations consignées par les Drs L._____ et T._____, dont le rapport du 4 mars 2014 remplit de fait les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut (cf. supra consid. 3d) pour se voir accorder pleine valeur probante. Le recourant ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – que les experts auraient ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. Le dossier ne contient finalement aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation des experts quant à la capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée. A cet égard, il y a lieu de relever qu'aucun des médecins consultés ne s'est prononcé sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, y compris la Dresse M._____, laquelle s'est focalisée sur l'activité déployée par le recourant au V._____ dès 2013. Les experts ont par ailleurs procédé à un examen clinique détaillé de l'assuré et fait part de leurs conclusions convaincantes et motivées, ce en pleine connaissance du dossier. Ils ont relevé l'ensemble des plaintes formulées par le recourant non sans mentionner les éléments organiques à l'origine des limitations retenues, leurs conclusions s'avérant en définitive en parfaite concordance avec les constatations radiologiques objectives. Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les observations convaincantes des Drs L._____ et T._____, il n'y a pas lieu procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 ; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. En conséquence, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé (cf. réponse du 20 janvier 2015), que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée au vu de ses limitations fonctionnelles.

E. 6

Le taux d'invalidité calculé par l'intimé sur la base des constatations de fait qui précèdent, soit 1.15%, n'est pas critiquable et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant. Partant, il y a lieu de considérer que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui exclut tout droit à une rente de l'assurance-invalidité, ainsi qu'à une mesure de reclassement en l'absence d'une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20%.

E. 7

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances desdits (cf. prononcé du 11 mai 2015), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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