

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 862 vom 12. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_862](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__862)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 862 du 12 décembre 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 862 del 12 dicembre 2017

## Regeste

EXPERTISE JURIDIQUE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ

## Erwägungen

### E. 15

septembre 2009, produisant un certificat médical du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, daté au 19 mai 2009 et attestant d'une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée. Par projet de décision du 27 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une rente d'invalidité. Il a considéré que l'activité de carreleur en tant que telle n'était plus exigible qu'à 50%, mais qu'une pleine capacité de travail subsistait dans le cadre d'une activité adaptée évitant des travaux fins, de précision, par exemple la manutention légère, le conditionnement léger ou le travail à l'établi. Procédant au calcul du degré d'invalidité, l'office a estimé que, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, un abattement de 15% sur le revenu invalide était justifié. Un degré d'invalidité de 26 % a été retenu. Par courrier du 11 novembre 2009, l'assuré a contesté le projet précité. Il s'est prévalu d'une incapacité de travail de 100% et non de 50%. Par l'entremise de R.\_\_\_\_\_, l'assuré a fait valoir, par courrier du 16 novembre 2009, qu'il était incompréhensible que l'OAI n'ait pas tenu compte des conséquences de la nouvelle limitation fonctionnelle sur sa capacité de gain alors que dite limitation contre-indiquait la plupart des activités non-qualifiées légères. Par ailleurs, il a allégué que les activités non-qualifiées adaptées à ses limitations fonctionnelles n'étaient pas en nombre suffisant dans l'économie et ne pouvaient donc être réputées exigibles. Partant, un revenu d'invalide correspondant à une activité à 50% dans son ancienne profession devait être retenu. Par courrier du 14 janvier 2010, l'assuré a transmis à l'OAI un avis médical établi par le Dr E.\_\_\_\_\_, concluant à l'absence de capacité de travail et à la mise en œuvre d'une évaluation neurochirurgicale. Un examen clinique rhumatologique a été effectué au SMR le 27 avril 2010 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 10 mai 2010, il a retenu ce qui suit : « DIAGNOSTICS avec répercussion durable sur la capacité de travail · CERVICOBRACHIALGIES G CHRONIQUES M54.2. ◦ STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE C6-C7 ET SPONDYLODÈSE PAR VOIE ANTÉRIEURE AU MOIS DE SEPTEMBRE 2003. ◦ TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ÉTAGÉS PERSISTANTS AVEC STÉNOSE FORAMINALE D'ORIGINE OSTÉOPHYTAIRE C3-C4, C4-05 BILATÉRALE PRÉDOMINANT À G. · OMALGIES BILATÉRALES CHRONIQUES M75.1. ◦ TENDINOPATHIE BILATÉRALE DES SUPRA-ÉPINEUX. ◦ PÉRI-TENDINOPATHIE DU LONG CHEF DU BICEPS À D. ◦ SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS BILATÉRALE M75.1. · LOMBALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ET STATIQUES M54.5. · DISCOPATHIE

PROTRUSIVE SANS MISE EN ÉVIDENCE DE CONFLIT DISCO-RADICULAIRE L4-L5, L5-S1. · COXALGIES D DANS UN CONTEXTE DE COXARTHROSE DÉBUTANTE M16.0. · GONALGIES D CHRONIQUES SUR GONARTHROSE DÉBUTANTE M17.0. o SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE. · PODALGIES G SUR DÉFORMATION POST-TRAUMATIQUE AVEC MISE EN ÉVIDENCE D'UN PIED PLAT TRANSVERSAL ET LONGITUDINAL. [...] La globalité des atteintes sur le plan ostéoarticulaire présentée par cet assuré, induit une incapacité de travail totale dans toute activité à fortes charges physiques. Les activités antérieures de l'assuré (maçon, aide-maçon, carreleur, ou ouvrier non qualifié sur chantier), sont formellement contre-indiquées sur le plan médical et de façon définitive. Dans ce sens, il y a une aggravation de l'état de santé sur le plan ostéoarticulaire, par rapport à l'examen clinique de décembre 2005 où une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité antérieure était retenue. Cette aggravation de l'état de santé est aussi bien objective que subjective (documents radiologiques mis à disposition, limitations dans les amplitudes articulaires et plaintes de l'assuré). Une activité adaptée, qui respecterait de façon théorique toutes les limitations fonctionnelles retenues serait possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% ; la diminution de rendement s'explique par les multiples atteintes ostéoarticulaires présentées par l'assuré (touchant le rachis cervico-lombaire, les MS et les MI), associées aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues et leur contradictions relatives. Une aggravation de l'état de santé peut être raisonnablement retenue depuis la mise en incapacité de travail totale de son activité antérieure d'aide carreleur (mai 2009). Une activité adaptée est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% depuis la même date. L'évaluation de la capacité de travail résiduelle ne tient compte que des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition, l'examen clinique réalisé au SMR et les différents status mis à disposition au dossier médical. La composante à caractère non organique pour laquelle un diagnostic d'amplification verbale des plaintes a été retenu en relation avec la mise en évidence de signes de non organicité n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Une telle atteinte à la santé ne peut être considérée comme invalidante au sens de la jurisprudence actuelle, qu'en présence de pathologie psychiatrique préexistante à caractère incapacitant de longue durée, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signe de gravité selon la jurisprudence. Au vu de l'anamnèse fournie par l'assuré et de l'étude de la vie quotidienne, aucun des éléments précités n'a été mis en évidence. Limitations fonctionnelles Pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive au niveau des MS et occasionnellement de plus de 7.5 kg. Pas d'activité en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°. Pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion/extension ou rotation. Eviter les mouvements brusques de flexion/extension ou rotation du rachis cervical. Pas de position statique assise prolongée au-delà de 45 minutes à 1 heure, sans possibilité de varier les positions assises/debout, minimum 1 fois par heure, de préférence à la guise de l'assuré. Eviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position statique debout immobile, piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes. Pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Sur la base de la documentation mise à disposition, cet assuré présente des incapacités de travail à taux variable, évoluant depuis au

moins le 15.09.2003. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Un examen clinique SMR du 19.12.2005, concluait à une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle à partir du 01.06.2004 et 100% dans une activité adaptée. A la suite de notre examen clinique de ce jour, nous considérons que cet assuré présente une aggravation de son état de santé. Une incapacité de travail totale dans son activité habituelle est retenue à partir du 19.05.2009, date de sa mise en incapacité de travail totale. Depuis cette même date, l'assuré présente une capacité de travail résiduelle de 75% dans une activité adaptée (100% théorique avec diminution de rendement de 25%) ». Compte tenu du rapport précité, l'OAI a annulé son projet de décision du 27 octobre 2009 par courrier du 5 octobre 2010, informant l'assuré de la poursuite de l'instruction. Un stage d'observation d'un mois au centre d'intégration et de formation professionnelle (ORIF), à [...], a été effectué par l'assuré du 14 février 2011 au 11 mars 2011. Le médecin-conseil de l'ORIF, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie, a relevé ce qui suit dans son rapport du 21 mars 2011 : « Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que K.\_\_\_\_\_ conserve effectivement une capacité de travail. Il peut travailler à plein temps. Les rendements observés chez nous se situent vers 50 %, limités par son inconfort cervical rachidien et positionnel, mais aussi par un rythme de travail lent sans aucune possibilité d'accélération. De ce fait, nous pensons qu'il n'atteindra pas la capacité médicothéorique de 75 %. Quant au tremor essentiel, il joue un rôle d'une part sur le rendement global, parce qu'il freine l'action ou oblige à la recommencer et aussi sur le type de travail qui ne peut pas être fin. K.\_\_\_\_\_ pourrait être actif dans de la production sur machines réglées, dans un travail à l'établi léger, mais pas trop fin, en respectant les limitations fonctionnelles définies par le SMR ». Du rapport final dressé par l'ORIF en date du 29 mars 2011, on extrait ce qui suit : « En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que K.\_\_\_\_\_ peut être actif la journée entière. Cependant, son ralentissement généralisé, son inconfort dorsal et cervical, ainsi que ses tremblements dans les mains, ne lui permettent pas d'être compétitif malgré une qualité d'exécution relativement bonne. Ce monsieur n'a pas fait le deuil de son ancien métier et se voit toujours comme aide carreleur. Il n'est pas dans une dynamique de reconversion professionnelle et n'a pas une vision d'avenir positive pour monter un nouveau projet professionnel. Il laisse entrevoir de la passivité et un certain manque d'envie. Une activité la journée entière avec des rendements de l'ordre de 50% sont à la portée de K.\_\_\_\_\_, dans des activités qui ne mettent pas ses mains en action de façon intensive. Il ne doit pas supporter des charges répétées. Un travail sédentaire qui permette l'alternance des positions est à privilégier. Il pourrait s'agir de conduite de machines automatiques ou semi-automatiques principalement. Les activités à l'établi qui sollicitent les mains sont possibles, mais avec des rendements encore diminués. Il faudrait prévoir une préparation à une activité industrielle légère ». Dans un avis SMR du 28 avril 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit : « En résumé, le rendement de 50% sur un plein temps retenu à l'issue du stage ne s'explique de loin pas pour des seules raisons médicales, et on ne peut le valider. Nous en resterons aux conclusions de mai 2010 ». Le 10 octobre 2011, l'assuré s'est rendu à l'ORIF d' [...] pour un second stage d'observation d'une durée de trois mois. Au terme du stage en question, W.\_\_\_\_\_, directeur de l'ORIF de [...], a établi un rapport le 17 janvier 2012 dont on extrait ce qui suit : « K.\_\_\_\_\_ est intrinsèquement tendu lorsqu'il est face à l'inconnu. Il se sent à l'aise dans des mouvements répétitifs, demandant peu de réflexion et dans un environnement peu bruyant. Il est recommandé, lorsqu'il doit appréhender quelque chose ou quelque'un de nouveau, de l'accompagner et de le rassurer. Une fois les consignes

comprises, votre assuré aime travailler de préférence seul. Nous relevons son assiduité ainsi que sa ponctualité. Le stage effectué en conciergerie aux [...] à [...] a été précédé, une semaine avant, d'une présentation des lieux et du responsable avec le MSP de l'Orif. Cela a permis à K. \_\_\_\_\_ d'aller travailler dans un milieu où il a pu se sentir en confiance. Les légers travaux de nettoyage, dans un petit établissement peu exigeant sur le plan du rendement, ont été réalisés à la satisfaction de son responsable. Un horaire continu débutant le matin s'est révélé positif car une reprise d'activité après une coupure est particulièrement difficile pour M. K. \_\_\_\_\_. Ce genre d'activité pourrait, dans une structure telle qu'énoncée ci-dessus, être adaptée, mais au maximum à 75 %. En revanche, le stage réalisé chez M. \_\_\_\_\_ SA à [...] a duré deux heures. K. \_\_\_\_\_ s'est retrouvé confronté à une place de travail, la seule disponible, qui exigeait une manutention particulièrement fine. Sans connaissance de l'activité, votre assuré a dû lire 4 pages d'instruction (ne divulgue pas sa méconnaissance de la lecture et de l'écriture) et, devant tant d'inconnues, il s'est mis dans un état de stress qui a déclenché de forts tremblements de ses mains et une impossibilité à poursuivre l'activité. Bien qu'il pourrait travailler dans un milieu industriel comme mentionné dans le module PAIL (préparation à l'activité industrielle légère) ci-dessus, il est capital de tenir compte des éléments environnants susmentionnés pour favoriser un travail de qualité dans une activité adaptée. K. \_\_\_\_\_ doit pouvoir se dégourdir, sans charges répétées, ni en porte-à-faux. Si le rendement était de 70 % sur une présence à 75 % à l'Orif [...], celui-ci pourrait évoluer moyennant la réunion des conditions de travail énumérées ci-dessus. Actuellement, K. \_\_\_\_\_ est démuné face à sa situation et a besoin d'aide pour retrouver en emploi adapté. Nous proposons une aide au placement ainsi qu'un soutien en entreprise qui pourrait favoriser une insertion durable. Dès lors, votre assuré quitte notre Centre à l'échéance de la mesure octroyée, soit le 15 janvier 2012. ». Le 18 avril 2012, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assuré. Le 4 octobre 2012, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assuré établissant la différence entre le salaire qu'il avait précédemment réalisé et celui établi par l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2006, en niveau de qualification 1, indexé à l'année 2008, diminué de 25% (correspondant à la perte de rendement) et de 15% supplémentaires en raison des limitations fonctionnelles. La différence, fixée à 29'211 fr. 30, correspondait à un degré d'invalidité de 42,81%. Dans le cadre de l'aide au placement, l'assuré a effectué un nouveau stage auprès de la Fondation de [...] du 18 avril au 18 mai 2013, qui n'a pas abouti à un engagement. Un rapport de fin de stage a été établi par l'OAI en date du 24 mai 2013, retenant un rendement effectif de 40% à 50%, pour un salaire maximum atteignable de 2'300 fr. par mois. L'OAI a conclu que malgré les efforts et le soutien déployés dans le cadre du service au placement et ceux montrés par l'assuré, le placement de ce dernier n'avait pas été possible en raison de ses multiples limitations. Le 11 juillet 2013, le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé l'assiduité complète de l'assuré lors du stage effectué à la Fondation de [...], mais avec un rendement médiocre. Cela a conforté son médecin traitant à retenir une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée assise. L'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assuré en date du 9 janvier 2014, lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que l'intéressé était capable de travailler à 100% dans des activités adaptées aux limitations retenues, avec un rendement diminué de 25%, le rendement de 50% constaté lors du stage à la Fondation de [...] ne pouvant s'expliquer par des raisons médicales. L'OAI a ensuite procédé au calcul du degré de l'invalidité en comparant le salaire que réaliserait l'assuré sans invalidité (69'659 fr. 26) à celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, en 2009, soit 61'239 fr. 36, montant réduit de

25% afin de tenir compte du rendement diminué (soit 45'929 fr. 52). Il en résultait une perte de gain s'élevant à 23'729 fr. 74, correspondant à un degré d'invalidité de 34%. Aucun abattement supplémentaire n'était justifié dès lors que la diminution de rendement déjà retenue prenait en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Par acte de sa mandataire du 11 février 2014, l'assuré a fait part de ses objections quant à ce projet de décision. Il a essentiellement contesté le taux de rendement de 75% et l'absence d'abattement supplémentaire. L'assuré s'est prévalu d'un degré d'invalidité de 56% compte tenu d'un revenu d'invalidité de 29'900 fr. au maximum. Dans un rapport médical établi le 1<sup>er</sup> septembre 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il était impossible d'énumérer toutes les restrictions physiques, mentales ou psychiques de son patient, celles-ci rendant un quelconque rendement au travail illusoire. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2014, la Dre U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que le trémor postural (tremblements) était sans incidence sur la capacité de travail, estimant qu'une activité adaptée était théoriquement possible à un taux de 100%, avec une diminution de rendement de 25%, depuis le 19 mai 2009. Par un avis daté du 17 septembre 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ et le Dr S. \_\_\_\_\_, du SMR, ont relevé ce qui suit : « Notre réponse est la suivante • nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n'apportent de notre avis aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment cf nombreux avis SMR antérieurs et RM (rapport médical) SMR, examen SMR orthopédique en 05, puis nouvel examen SMR rhumato le 10.05.10 • l'étude des documents montre bien que : ce dernier examen SMR rhumato revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants avaient fait l'objet d'une étude fouillée, il se fondait sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. L'expert avait établi ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical était claire et les conclusions étaient bien motivées. L'avis SMR du Dr B. \_\_\_\_\_ le 28.05.10 avait suivi les conclusions somatiques (CTAH 0% AA [activité adaptée] 75%). Ainsi, les affirmations du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin traitant se basant sur l'allégation non argumentée d'une CT (capacité de travail) nulle dans toute activité, n'apparaissent donc, ni plausibles, ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et des examens SMR. Nous insistons par ailleurs qu'un simple rapport du médecin traitant, ne saurait prévaloir sur l'examen SMR rhumato de 2010 dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante. Ainsi, les pièces présentées par le Dr E. \_\_\_\_\_ n'ont en conséquence qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant ; enfin l'assuré a l'obligation de réduire le dommage : l'incapacité de gain n'est pas objectivement insurmontable (Art.7 LPGA) selon diverses notes ci-dessus en pl (75% à l'Orif 2011-12). Par ailleurs, le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin traitant, réitère et corrobore une OTAN nulle, MAIS que dans une AA, elle est entière médicothéoriquement avec une baisse de rendement de 25% depuis 2009 (donc 75%). Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit. Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière » . Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 janvier 2014 et refusé toute prestation à l'assuré. D. K. \_\_\_\_\_, par sa mandataire R. \_\_\_\_\_, a recouru le 15 décembre 2015 contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Demandant l'octroi de l'assistance judiciaire limitée au frais de justice, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation

de la décision rendue par l'OAI le 3 novembre 2015, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à la constatation du droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision dans le sens des considérants, et, dans ce cas, à la réintroduction du droit à la rente le temps de l'instruction complémentaire. Le recourant a fait valoir que son rendement effectif ne dépassait pas 50% dans une activité assise. La différence d'appréciation entre l'exigibilité fixée à 75% par le SMR et les rendements observés plus récemment, qui se situaient entre 40% et 50%, nécessitait une nouvelle prise de position médicale, avec instruction complémentaire si nécessaire. Sur le plan économique, compte tenu des rendements constatés, le revenu d'invalidé devait être fixé à 29'900 fr. au maximum. Par ailleurs, il n'était pas admissible de ne retenir aucun abattement sur le revenu d'invalidé, compte tenu des désavantages substantiels liés à son âge, à son taux d'activité réduit et à l'importance de ses limitations fonctionnelles. Le fait que l'office ait retenu une réduction de 25% en termes de rendement ne pouvait faire obstacle à la prise en compte d'un abattement précité, d'autant qu'aucune formation pratique concrète ne lui avait été proposée. Le 17 décembre 2015, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant, limitée à l'exonération d'avances de frais judiciaires. Par réponse au recours du 21 janvier 2016, l'OAI a conclu au maintien de la décision attaquée. Il a relevé que l'aptitude au travail du recourant, soit 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 25%, ressortait non seulement du rapport SMR du 10 mai 2010, mais également des observations faites dans le rapport de l'atelier d'intégration professionnelle de l'ORIF du 17 janvier 2012, ainsi que du rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2014 de la Dresse U.\_\_\_\_\_. Les constatations médicales devaient être privilégiées par rapport aux observations des centres fréquentés par les assurés et plusieurs activités - comme des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, d'approvisionnement de machine ou d'unités de production - étaient accessibles au recourant, compatibles avec son état de santé et sans nécessité de formation particulière. La diminution de rendement du recourant tenant à ses limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire. Le recourant, par réplique du 8 mars 2016, a relevé que la réponse de l'intimé n'apportait aucun élément nouveau et n'appelait pas de remarques supplémentaires. Par courrier du 31 mars 2016, il a produit un rapport médical établi le 4 mars 2016 par le Dr H.\_\_\_\_\_, concluant à une incapacité totale d'exercer la précédente activité et à une capacité de 50% dans le cadre d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (soit une position assise limitée à 1h, changements de position fréquents souhaitables, des flexions et extensions de la nuque à éviter, une concentration et mémorisation diminuées, une position debout statique limitée à deux heures et un port de charge limité). Dupliquant en date du 26 avril 2016, l'intimé a relevé que le rapport médical fourni par le recourant n'apportait pas d'éléments susceptibles de l'amener à revoir sa position. L'écoulement d'un certain laps de temps entre la prise de décision et l'instruction médicale ne suffisait pas à rendre cette dernière obsolète, les observations médicales qui avaient été émises lors de l'instruction restent d'actualité. Par déterminations du 2 juin 2016, le recourant a relevé que le rapport médical du Dr H.\_\_\_\_\_ préconisait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, au vu d'un état de santé détérioré. Le 18 juillet 2016, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, confiée à l'Unité d'expertises médicales (UEM), à [...]. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire, établi le 14 février 2017 par les Drs Q.\_\_\_\_\_, médecin responsable de l'UEM, A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, énonce les diagnostics

suivants : - des cervicalgies chroniques, avec polyarthrose cervicale, - des podalgies gauches chroniques, comme ayant une influence essentielle sur la capacité de travail. Concernant les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont retenu : - des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs avec discopathie L4-L5, L5-S1 sous forme de bombement, non spécifique, - troubles de l'adaptation avec perturbation de l'humeur, - tremor essentiel stable, - fatigue chronique, - thyroïde multinodulaire, - status après cure d'anévrisme sous-clavier gauche découvert fortuitement, en novembre 2015, - obésité de grade 1. Les trois experts ont également relevé les éléments suivants : « Sur le plan fonctionnel, une restriction des efforts systématiques au niveau des membres supérieurs est justifiée sur le plan orthopédique, en particulier les efforts de plus de 15-20 kg à hauteur d'épaules et au-dessus en raison des contraintes indirectes de stabilisation des ceintures scapulaires sur le rachis cervical inférieur. Concernant le pied gauche, une activité continuellement debout, toujours et/ou avec le port de charges, est contre-indiqué. Une activité assise, semi-assise, avec des déplacements et des ports occasionnels de charges de 5 kg, maximum 10 kg, est possible sur le plan orthopédique. [...] Notre conclusion quant aux limitations en lien avec l'atteinte du système ostéo-articulaire est identique à celle notée par le Dr P. \_\_\_\_\_ en avril 2010 et nous n'avons pas d'éléments objectifs nous permettant de nous écarter de sa conclusion quant à une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée depuis mai 2009 (le 25% de baisse de rendement – d'activité professionnelle même dans une activité adaptée s'explique par le fait que les limitations fonctionnelles concernant les pathologies ostéo-articulaires à 2 niveaux différents, cervical et pied gauche. En ce qui concerne l'anamnèse de tremor positionnel de repos des mains, essentiel, évalué il y a plusieurs années par un neurologue, on souligne que Monsieur K. \_\_\_\_\_ se dit actuellement peu gêné dans sa vie quotidienne, ce qui fait qu'il ne prend plus de traitement bêtabloqueur. [...] Lors de notre colloque de synthèse, nous avons retenu au plan physique et psychique global une capacité de travail préservée dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25% pour tenir compte des limitations fonctionnelles d'ordre ostéo-articulaire, d'un certain degré de fatigue, des limitations quant aux mouvements très fins des mains et de précision, même s'il y a des possibilités thérapeutiques pour le tremor. En théorie, des mesures d'orientation – réadaptation professionnelle, ainsi que des mesures d'aide au placement sont souhaitables afin d'augmenter les chances de réelle réinsertion dans le milieu économique normal. En lisant le rapport final du stage ORIF du 24 janvier 2012, on relève des éléments favorables tels qu'un investissement personnel, une bonne implication. Nous n'avons pas d'explication satisfaisante, en tout cas pas d'explication pour des raisons médicales, quant à l'échec des mesures d'aide au placement effectuées en 2013, si ce n'est le fait que l'activité en tant que nettoyeur avec utilisation de machines lourdes pour nettoyer les sols n'était peut-être pas tout à fait adaptée ». Par courrier du 14 mars 2017, l'intimé a observé que les conclusions de l'expertise rejoignaient celles de l'examen clinique rhumatologique SMR. Dès lors, sa position ne prêtant pas le flanc à la critique, l'OAI a réitéré sa proposition quant au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Par acte du 20 avril 2017, le recourant a indiqué qu'il maintenait son recours du 15 décembre 2016. Sans remettre en cause les constatations relatives à l'état de santé dans les domaines concernés par l'expertise, il a fait valoir que la diminution de rendement retenue ne prenait pas suffisamment en compte l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. En outre, en raison des critères tels que l'âge et l'absence de formation, un abattement supplémentaire devait être retenu, à hauteur de 15% au moins, un degré de 20% se justifiant selon lui. Par acte du 31 mai 2017, l'intimé a

précisé que le défaut de formation et l'âge ne constituaient pas des critères déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles. 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 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 (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente. 3. 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 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 (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 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. 4. a) 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2). 5. a) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4). b) Dans son mémoire de recours, l'assuré a fait valoir que son rendement effectif ne dépassait pas 50% dans une activité assise. Il s'est appuyé sur les constatations résultant de différents stages ainsi que sur les avis médicaux des Drs E.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Ces constatations médicales étant contredites par différents avis et rapports émanant de médecins internes à l'assureur, une expertise

judiciaire s'est avérée nécessaire. c) En l'occurrence, l'expertise judiciaire pluridisciplinaire du 14 février 2017 répond manifestement aux réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. D'excellente facture, elle intègre une anamnèse complète et de fonde sur un examen clinique et circonstancié de l'assuré ; par ailleurs, en posant les diagnostics avec et sans influence sur la capacité de travail, les experts ont clairement motivé leur appréciation du cas. Ainsi, la capacité de travail résiduelle de l'assuré est réputée entière avec un rendement diminué de 25% (soit une capacité exigible de 75%) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Celles-ci sont exclusivement d'ordre ostéo-articulaires au niveau cervical et du pied gauche. S'agissant des membres supérieurs, une restriction des efforts systématiques est justifiée en particulier pour les efforts de plus de quinze à vingt kilos à hauteur des épaules et au-dessus. Pour le pied gauche, une activité continuellement debout, toujours et/ou avec le port de charge est contre-indiqué. Une activité assise ou semi-assise avec des déplacements et des ports occasionnels de charges de cinq kilos, maximum dix kilos reste possible. 6 . a) Subsiste la question d'un abattement à prendre en compte dans le calcul du salaire exigible, en plus de la diminution du rendement au travail, abattement que le recourant estime devoir être de l'ordre de 15 à 20%, alors que la décision attaquée l'exclut au motif que le rendement retenu tiendrait déjà compte des limitations fonctionnelles de l'intéressé. b) Selon l'art. 16 LPGa, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). c) En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalide. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique

permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5 ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3) et peut être retenue parallèlement à une diminution de rendement (TF 9C\_359/2014, consid. 5.4). 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 de 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'invalidé, 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 à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). d) En l'espèce, l'intimé observe à juste titre que l'altération de l'état de santé du recourant et ses limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte en retenant un rendement diminué de 25%, de sorte qu'elles ne sauraient être à nouveau prises en considération au titre d'un abattement. Par contre, à ce titre, d'autres éléments paraissent devoir être pris en considération. Il ressort tout d'abord du dossier constitué que l'assuré n'a suivi qu'une scolarité minimale et que c'est sans formation professionnelle qu'il s'est voué à l'activité de manœuvre et de maçon jusqu'au constat de l'incapacité à exercer cette profession, étant renvoyé à l'exercice d'une nouvelle activité qui serait réputée adaptée, mais qui n'a pas été spécifiée. A cet égard, on ne peut ignorer les difficultés d'adaptation à un autre emploi telles que concrètement constatées dans le cadre des mesures professionnelles qui ont été entreprises. A ces difficultés s'ajoutent encore un taux d'activité dorénavant réduit, ainsi que le facteur de l'âge (60 ans pour le recourant en 2017), et une faible connaissance de la langue française, soit autant d'éléments qui l'entravent ou le désavantagent objectivement sur le marché du travail par rapport à un concurrent. Dans ces circonstances, vu que l'intimé a omis à tort de prendre en considération dans une approche globale de la situation du recourant, il y a lieu de retenir un abattement, qu'il convient de fixer à 15%. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que les facteurs objectifs précités peuvent jouer concrètement sur les perspectives de l'assuré, fut-ce dans le cadre d'un renvoi à l'exercice d'une activité simple, légère, et ne nécessitant pas de formation particulière. On observe au demeurant que ce taux d'abattement de 15% avait été retenu par l'intimé, déjà en sus d'une diminution de rendement arrêtée à 25%, ceci dans le cadre d'un calcul indexé au dossier le 5 octobre 2012, sans autre justification ultérieure de l'abandon de cet abattement que la prise en compte du rendement diminué. e) Partant, si l'on se rapporte aux montants retenus par la décision attaquée, lesquels s'avèrent correctement établis, le revenu d'invalidé, s'élève à 39'040 fr (soit 45'929 fr. 52 diminué de 15%), ce qui, au regard d'un revenu sans atteinte à la santé de 69'659 fr. 25, porte le préjudice économique à 30'619 fr. 25, soit à 43,95%. Ce taux, arrondi, fixe le degré d'invalidité à 44%, lequel ouvre le droit à un quart de rente. Ce droit est ouvert après le délai d'attente d'une année à compter de l'incapacité de travail déterminante intervenue le 19 mai 2009 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Ainsi, l'assuré a droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010, sous déduction des périodes durant lesquelles il a bénéficié d'indemnités journalières, et après compensation des prestations déjà reçues de l'aide

sociale. 7. Des considérations qui précèdent, il résulte que le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD). b) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, fixés à 2'500 fr. afin de tenir compte de la complexité et de la durée de la procédure, et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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