

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 113 vom 28. Januar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__113

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 113 du 28 janvier 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 113 del 28 gennaio 2020

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ADMINISTRATION DES PREUVES | 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.01.2020 Arrêt / 2020 / 113

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ADMINISTRATION DES PREUVES | 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 341/19 - 51/2020 ZD19.044731 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 28 janvier 2020 _____ Composition : Mme Durussel ,

présidente M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Tedeschi

***** Cause pendante entre : T. _____ , à [...], recourant, et Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6,

7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 LAI. E n f a i t : A. a) T. _____ (ci-après : l'assuré ou le

recourant), né en 1982, exerçait la profession de policier d'intervention auprès de

A. _____ depuis le 1 er octobre 2008 et percevait un revenu annuel de 93'182 fr. en

2014. Il avait d'abord suivi une formation d'imprimeur avec obtention d'un certificat

fédéral de capacité en 2002, puis avait acquis un brevet fédéral de policier en 2005, lui

permettant d'exercer la fonction d'agent de police jusqu'en 2008 auprès de N. _____,

avant d'être engagé par A. _____ qui a résilié son contrat de travail pour le 31 décembre

2014. b) Le 6 septembre 2013, l'employeur de l'assuré a déposé un formulaire de détection

précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI

ou l'intimé), en raison d'une hernie discale induisant une incapacité de travail depuis le 8

novembre 2012. L'évolution favorable de l'état de santé de l'assuré, à la suite d'une

résection radicale du disque L5-S1 douloureux avec spondylodèse instrumentée de ce

segment, réalisée le 3 septembre 2013 par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et de la colonne vertébrale, a conduit l'OAI à considérer que le dépôt d'une

demande AI n'était pas indiquée en l'état. L'assuré a toutefois repris contact avec l'OAI au

cours de l'été 2014 en raison de ses douleurs et de son incapacité de travail persistantes. Le

12 septembre 2014, il a déposé une demande de prestations AI en invoquant une déficience

du disque intervertébral L5-S1 et une arthrodèse lombaire L5-S1. Dans le cadre de

l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser au dossier divers rapports médicaux,

notamment du Dr D. _____, qui, en raison de la persistance de la symptomatologie

douloureuse lombaire quatre mois après l'intervention, a procédé à des investigations. En

février 2014, il n'a pas trouvé de raison radiologique pouvant expliquer la persistance des

plaintes douloureuses de l'assuré. A la demande de ce médecin, le Dr G. _____,

spécialiste en médecine physique et réhabilitation et de la colonne vertébrale, a observé le

26 avril 2014 que l'assuré se plaignait de lombosciatalgies gauches au décours d'une spondylodèse L5-S1 d'une part et d'autre part qui s'inscrivaient dans un tableau intriqué ; en effet, sur le plan fonctionnel, le spécialiste s'est dit frappé par l'existence de sévères dysbalances musculaires avec cependant un recrutement musculaire du plan musculaire profond adapté. En toile de fond, il a également retenu un conflit coxo-acétabulaire persistant imposant certainement une demande de compensation lombaire et pouvant participer en partie au cortège douloureux. Finalement, le Dr G. _____ a précisé qu'il existait de toute évidence une composante anxio-gène sévère chez l'assuré, avec une impossibilité d'assumer une planification de ses possibilités et une alternance entre des périodes de surestimation de ses capacités et des états de perte d'estime de soi, situation qui se traduisait par une prise médicamenteuse irrationnelle et une surcharge de son noyau familial. Le Dr D. _____ a décrit, par rapport du 10 septembre 2014, une évolution peu favorable marquée par la persistance de lombalgie basse assez intense, selon les dires de l'assuré, et a relevé que l'intéressé était en outre confronté à des douleurs extrêmement invalidantes, depuis deux mois, localisées au niveau du sacrum à droite, et dont l'origine n'était pas tout à fait claire. Par rapport du 28 octobre 2014, ce médecin a confirmé que les plaintes de l'assuré n'avaient pas pu être bien objectivées du point de vue radiologique, les évaluations radiologiques n'ayant pas mis en évidence de pathologie lombaire basse pouvant expliquer la symptomatologie de l'assuré. A cela s'ajoutait que les différents traitements - notamment la prise en charge antalgique auprès du Dr M. _____, spécialiste en anesthésiologie, urgence et douleur chronique - étaient plutôt décevants. Les tentatives de reprises professionnelles à temps partiel s'étaient également avérées être des échecs à plusieurs reprises. Dès le 3 décembre 2014, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de lombococcygodynies invalidantes dans un contexte de failed back surgery, status après spondylodèse L5-S1, restriction fonctionnelle des hanches (status après trois interventions chirurgicales pour libération et recalibrage d'un conflit coxo-acétabulaire bilatéral avec lésion du labrum), kinésiophobie et trouble de la personnalité. Il a précisé que l'assuré bénéficiait d'une approche psycho-comportementale auprès du Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie, parallèlement aux traitements physiques compte tenu des multiples interactions. Du dossier, il ressort toutefois que l'assuré n'a consulté ce psychiatre qu'à une seule reprise. Par rapport du 12 mai 2015, le Dr B. _____, chef de clinique adjoint du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier I. _____ (ci-après : I. _____), a constaté que les IRM et radiographies étaient sans particularité et a conclu que les douleurs chroniques invalidantes de l'assuré devaient être d'origine psychosomatique. Il a également constaté que l'assuré se déplaçait depuis février 2015 en fauteuil roulant. Il a proposé une hospitalisation pour offrir au patient une prise en charge multidisciplinaire pour le remobiliser. A la suite de ce séjour hospitalier, entrepris du 1^{er} au 19 juin 2015, la Dre X. _____, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur du I. _____, a confirmé, par rapport du 6 août 2015, le diagnostic de failed back surgery, chez un jeune homme qui présentait un syndrome anxio-dépressif, avec très probable composante psychosomatique. Elle a ajouté qu'il était impressionnant de voir un jeune homme en fauteuil roulant, sans n'avoir aucun élément clinique neurologique ou ostéoarticulaire qui justifiait l'utilisation de ce moyen auxiliaire. Elle a indiqué que l'état psychologique de l'assuré était inquiétant, qu'il avait accepté à une seule occasion de rencontrer le psychiatre, mais qu'il demeurait inaccessible à toute prise en charge psychologique, affirmant qu'il n'avait aucun problème dans ce registre. Il avait ainsi refusé tout autre soutien ambulatoire, ainsi que toute médication psychotrope. Sur le plan

biomécanique, la Dre X. _____ a affirmé qu'elle n'avait pas trouvé d'élément objectivable pour expliquer l'intensité des douleurs, ni les limitations fonctionnelles sévères, sinon l'inactivité de l'intéressé depuis plus de deux ans, entraînant un déconditionnement global chez un patient qui craignait de se mouvoir et qui avait des croyances très particulières liées à l'origine de ses douleurs. Quant à l'IRM de la colonne lombaire du 6 mai 2014, elle montrait un matériel d'ostéosynthèse en place, sans signe de descellement ou de compression radiculaire. La spécialiste a ajouté que des facteurs aggravants non somatiques étaient certainement présents, mais qu'elle n'avait pas pu les détecter, vu que l'assuré était très lisse à l'anamnèse psychologique. Elle a par ailleurs souligné que le patient avait réussi à se sevrer complètement de sa chaise roulante, ceci moins d'une semaine après l'hospitalisation et la prise en charge multidisciplinaire. La Dre X. _____ n'a ainsi pas pu justifier d'une incapacité de travail totale à long terme. Dans un rapport du 12 septembre 2015, le Dr G. _____ a noté que, sur le plan de la problématique vertébrale, les facteurs de risque n'étaient pas suffisamment pertinents pour expliquer les difficultés de réinsertion professionnelle. Il a indiqué notamment que la mobilité de la hanche serait encore suffisante pour autoriser une activité professionnelle en position assise et qu'une telle activité, parfaitement adaptée sur le plan ergonomique, avait été proposée à l'assuré au sein de son entreprise, mais que, malgré cette constellation idéale, la reprise professionnelle n'avait jamais pu être conduite correctement. Ce médecin en a déduit qu'il existait probablement des troubles de la personnalité et une souffrance psychologique. c) Le 29 septembre 2015, le Dr P. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique avec évaluation des capacités fonctionnelles, tant il paraissait que le trouble douloureux lombaire de l'assuré était hors de proportion réaliste avec les constatations objectives. Le 15 avril 2016, les Drs V. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologue, Q. _____, médecin assistante, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès de la Clinique Y. _____ (ci-après : Y. _____), ont rendu un rapport d'expertise interdisciplinaire, accompagné d'un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles rédigé par Z. _____, physiothérapeute diplômée. Ces médecins ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques (M54.5), status après spondylodèse L5-S1 en septembre 2013 pour rupture de l'anneau discal, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles statiques rachidiens (M41.96), status après trois interventions chirurgicales pour conflit fémoro-acétabulaire, status après ablation d'un kyste spermatique et d'une varicocèle, status après opération d'un strabisme et status après opération d'une bursite olécrânienne droite. Après examen, ils n'ont pas retenu de diagnostic psychiatrique. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont considéré qu'elle était nulle dans une activité contraignante pour le dos, mais complète, dès le mois de septembre 2014, dans une activité adaptée au problème rachidien, à savoir qui exclut le port de charges supérieures à 8 kg, permet l'alternance des positions une fois par heure et évite le maintien en porte-à-faux du rachis. Par rapport du 3 mai 2016, le Dr P. _____ a constaté, comme les Drs G. _____ et X. _____, que les experts avaient attesté que l'assuré souffrait certes d'une fragilité biomécanique évidente de son rachis lombaire, mais qu'il n'y avait pas de base somatique à l'intensité des plaintes alléguées. Il a ajouté que les limitations fonctionnelles retenues par les experts se situaient dans les limites que l'assuré s'était lui-même fixées durant les tests. Il a également adopté les conclusions des experts sur le plan psychiatrique. Par rapport du 17 janvier 2017, le Dr M. _____ a confirmé le

diagnostic de lombalgies basses chroniques, ajoutant que l'évolution, d'abord négative, était très lentement progressive depuis 2014 et que la limitation fonctionnelle en rapport avec les douleurs pourrait diminuer si l'assuré arrivait à reprendre une attitude plus active, ce qui n'était pas le cas en l'état. d) Par décisions des 16 février et 2 mars 2017, un stage d'orientation professionnelle (art. 15 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), auprès du Centre F. _____ de [...], dans le secteur bureau commerce, a été proposé à l'assuré, de mars à juin 2017, par le service de réadaptation de l'OAI. L'assuré a toutefois été régulièrement absent, le taux de présence étant de 23 % au lieu de 40 % du 20 mars au 3 avril 2017. Finalement, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne, a établi des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail complète avec effets à partir du 4 avril 2017 jusqu'au 1^{er} mai 2017, date d'interruption de la mesure professionnelle de réadaptation par le Centre F. _____. Dans un courrier du 8 mai 2017, le Professeur H. _____, spécialiste en radiologie, a indiqué avoir pratiqué en mai 2017 une infiltration foraminale à but test sur l'assuré, mais que ce dernier avait souffert lors de cette intervention et avait refusé toute nouvelle infiltration, de sorte que ce spécialiste ne pouvait lui apporter aucune aide. Par rapport du 30 mai 2017, le Prof. H. _____ a établi un certificat médical d'incapacité de travail, justifiée par les lombosciatalgies persistantes, seule une capacité de travail de 20 % (1 heure le matin, 1 heure l'après-midi) dans une activité adaptée étant reconnue à l'assuré et aucune amélioration ne pouvant être attendue compte tenu de la composante biopsychosociale. Répondant sur interpellation de l'OAI, par courrier du 26 juin 2017, le Dr L. _____ a indiqué que l'assuré avait présenté des douleurs en augmentation, au cours de la mesure de réinsertion professionnelle, en raison de la posture assise au poste de travail, précisant que l'assuré ne pouvait pas rester assis ou debout plus de 30 minutes. Se déterminant le 20 septembre 2017, après prise de connaissance de ces derniers éléments, le Dr P. _____ a maintenu ses conclusions précédentes, à savoir l'existence d'une capacité de travail entière exigible dans une activité adaptée. Le 18 octobre 2017, l'OAI a interpellé l'assuré en vue de la reprise de la mesure de reclassement professionnel ; cependant, le 27 novembre 2017, l'intéressé a répondu qu'il n'était pas apte à poursuivre cette mesure à cause de ses douleurs et que son taux de faible présence démontrait son incapacité de travailler. e) Le 4 juin 2018, l'OAI a rendu un projet de décision refusant l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, retenant que l'assuré était capable d'exercer une activité d'employé de commerce avec CFC, à plein temps, pour un salaire de 78'285 fr. 21 (selon l'ESS [l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique] 2014, T17, indexé à 2018, avec un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles) ; dès lors que le revenu sans invalidité était de 95'533 fr. (selon rapport de l'employeur, indexé à 2018), le degré d'invalidité était de 18,05 % et ne permettait pas l'octroi d'une rente, ni de mesures professionnelles. Le 29 juin 2018, l'assuré a contesté ce projet, indiquant notamment qu'il allait consulter le Dr C. _____, spécialiste en neurologie, qui a déposé un avis médical daté du 28 septembre 2018, attestant d'un syndrome douloureux lombo-sacré atypique non déficitaire empêchant l'assuré de circuler en voiture et limitant son périmètre de marche et ses mouvements. Ce médecin a précisé avoir constitué une anamnèse uniquement sur la base des déclarations de l'intimé, ne disposant d'aucun document médical. A l'examen neurologique, il a constaté une force, une trophicité musculaire et une sensibilité symétriquement bien préservées ; l'intéressé présentait un effacement des courbures physiologiques de la colonne vertébrale, mais gardait une bonne mobilité du bas du dos malgré l'intervention ; les douleurs subjectivement localisées dans le

sacrum ne se laissaient pas facilement reproduire et l'assuré ne présentait plus de signe d'un syndrome lombo-vertébral aigu. L'examen électroneurophysiologique s'est révélé normal, à part un léger bloc de conduction au niveau de la tête fibulaire à droite (probablement en relation avec les alitement répétitifs). Le médecin a ajouté que l'assuré devrait prendre comme but de trouver une réintégration dans une quelconque activité professionnelle adaptée à sa douleur chronique. Par avis médical SMR du 14 février 2019, le Dr P. _____ a constaté qu'objectivement, malgré les diverses consultations médicales et en dépit de recherches tant diagnostiques que thérapeutiques spécialisées soutenues, on ne disposait d'aucune information médicale permettant de reconnaître une étiologie évidente aux douleurs permanentes annoncées par l'assuré. L'évaluation neurologique et neurophysiologique n'apportait pas d'élément nouveau. Ce médecin s'est donc référé aux conclusions de l'expertise du 15 avril 2016 qu'il a fait siennes. En mars 2019, après le décès de son père, l'assuré a consulté le Centre O. _____. Dans un rapport du 10 mai 2019, les Drs S. _____, J. _____ et W. _____, respectivement médecin, médecin assistante et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, en rémission complète depuis le 7 mai 2019, à la suite du décès du père de l'assuré. Ce dernier a évoqué également des douleurs lombaires qui n'ont pas donné lieu à la pose d'un diagnostic spécifique. Les psychiatres ont considéré que la capacité de travail dépendait de la santé physique et n'ont attesté d'aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Ils n'ont constaté aucune limitation fonctionnelle sur ce même plan. Le 11 septembre 2019, l'OAI a rendu une décision refusant l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, confirmant son projet de décision du 4 juin 2018. B. Par acte du 9 octobre 2019, T. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée dès le 1^{er} mars 2015, subsidiairement au renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision. En substance, le recourant nie bénéficier d'une capacité de travail, même dans une activité adaptée, et requiert que soit effectuée une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il conteste également le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, se référant notamment à un salaire pour un poste auprès de l'administration cantonale vaudoise, et invoque en outre un abattement de 25 %. Dans ses déterminations du 16 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours contre la décision litigieuse du 11 septembre 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. c) 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 ; BLV 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). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la capacité de travail et le degré d'invalidité à la base de cette prestation. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de

gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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. b) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al 3 LPGA, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et réf. cit.). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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 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, il est déterminant 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 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 ; 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 loc. cit., avec la jurisprudence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

5. Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail et nie ainsi la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée le 15 avril 2016, ainsi que l'avis du Dr P. _____, sur lesquels l'intimé a fondé sa décision.

a) Sur le plan formel, l'expertise du 15 avril 2016 contient une anamnèse complète, un examen circonstancié des plaintes de l'assuré et des constatations objectives, fondées sur un examen clinique, ainsi que sur des documents médicaux, tels que des rapports médicaux et imageries. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont en outre claires et détaillées et les conclusions sont bien motivées. Cette expertise répond dès lors aux réquisits formels posés par la jurisprudence.

b) Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques (M54.5), status après spondylodèse L5-S1 en septembre 2013 pour rupture de l'anneau discal, et sans effet sur la capacité de travail de troubles statiques rachidiens (M41.96), status après trois interventions chirurgicales pour conflit fémoro-acétabulaire, status après ablation d'un kyste spermatique et d'une varicocèle, status après opération d'un strabisme et status après opération d'une bursite olécrânienne droite. A l'examen physique, les experts n'ont décrit que des troubles banals de la statique rachidienne, une limitation modérée de la mobilité lombaire dans le plan sagittal et un raccourcissement des muscles ischio-jambiers. Selon ces médecins

spécialistes, le recourant paraissait normalement conditionné et musclé pour son âge. Ils n'ont retenu aucun indice d'une atteinte radiculaire déficitaire ou irritative lombo-sacrée. Ils ont qualifié le bilan d'imagerie d'étonnant dans la mesure où les altérations initiales qui avaient justifié l'intervention de 2013 pouvaient être taxées de modestes. Les experts avaient surtout été frappés par la qualité des disques sus-jacents, qui étaient bien hydratés, de hauteur satisfaisante et sans protrusion négative. Le bilan organique était ainsi rassurant, les experts ne pouvant que conclure, comme les médecins ayant examiné le cas précédemment, à un écart énorme entre l'intensité des douleurs décrites par l'assuré et le handicap allégué, d'une part, et les constatations objectives, d'autre part. Ils se sont ralliés à l'évidence de l'influence des facteurs psychiques, exerçant une influence négative sur le vécu douloureux, qui avait été admise par l'ensemble des médecins ayant dû se pencher sur ce cas. Ces considérations étayées ne sont pas contredites par les rapports médicaux au dossier. L'ensemble du corps médical a en effet pu constater l'existence de lombalgies chroniques chez le recourant. C'est davantage l'appréciation des effets de cette atteinte sur la capacité de travail qui diverge quelque peu et qui sera examinée plus bas. c) Sur le plan psychiatrique, les experts ont décrit une présentation clinique qui ne cadrerait pas avec un syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré étant alerte, cohérent dans le contact, avec un discours centré sur ses douleurs, sans que l'on soit en présence d'un sentiment de détresse tel qu'il apparaîtrait dans le cadre d'un tel trouble. Il n'y avait pas non plus de grave dynamique de régression, le recourant ayant repris ses activités sociales. En outre, les médecins n'ont pas mis en évidence des conflits émotionnels ou psychosociaux suffisamment importants pour jouer un rôle étiologique dans l'éclosion, le maintien et l'expression de la symptomatologie. Ils ont donc écarté ce diagnostic. Les experts n'ont pas davantage retenu un diagnostic de trouble de la personnalité, dès lors que les relations familiales avaient toujours été harmonieuses, sans maltraitance ou négligence émotionnelle. Par ailleurs, l'inscription scolaire, la formation professionnelle et les activités professionnelles de l'assuré ne démontraient pas de grave déviation des pensées, des sensations et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée, telle que définie par les critères généraux des troubles de la personnalité. Ils ont évoqué tout au plus certains traits de rigidité mentale qui n'entraient toutefois pas dans le champ strict de la maladie mentale. Un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'a également pas été retenu pour cet assuré dont les critiques restaient mesurées et qui n'avait pas négligé les soins médicaux proposés. Finalement, la question de l'hypocondrie a été examinée. S'agissant de l'hypocondrie non délirante, les experts ont relevé que le recourant avait souffert d'autres atteintes avérées à la santé pour lesquelles il avait subi des interventions, notamment des hanches et d'un kyste. Il avait démontré une attitude positive face à ces traitements ultérieurs et admettait que ceux-ci lui avaient permis de retrouver le cours normal de sa vie. Selon les experts, il ne présentait dès lors pas le tableau typique de cette atteinte. Quant à l'hypocondrie délirante, le contact clinique n'avait pas été suffisamment perturbé pour évoquer de façon solide l'hypothèse d'un tel trouble psychotique. Les experts ont conclu que le recourant exprimait une symptomatologie qui n'entraînait pas, au sens strict, dans le registre d'un diagnostic psychiatrique. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle dans le domaine psychique chez cet assuré qui disposait de capacités intellectuelles et d'adaptation suffisantes au vu de son anamnèse professionnelle ; il avait démontré qu'il pouvait assumer des responsabilités et s'intégrer dans une équipe ; sur le plan psychiatrique, ses ressources étaient suffisantes pour permettre une intégration dans le monde du travail. Ces constatations et conclusions sont

motivées et convaincantes. Elles ne sont pas remises en cause par les médecins traitants qui, s'agissant des spécialistes de la médecine physique, se sont posés la question d'un éventuel trouble psychiatrique, sans réellement l'examiner. Pour ce qui concerne les psychiatres traitants, ceux-ci n'ont pas posé de diagnostic psychiatrique en lien avec les douleurs lombaires, ni observé de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. d) Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles par la physiothérapeute, il a été constaté que le recourant s'autolimitait systématiquement, à savoir qu'il mettait fin à la tâche avant que l'évaluateur n'eut pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Dans ce contexte, la volonté de donner le maximum a été jugée insuffisante. L'évaluation ne mesure ainsi que l'effort que le recourant a bien voulu déployer, mais ne reflète pas ses aptitudes physiques maximales. Cet examen a donc un effet probant limité pour établir les capacités fonctionnelles du recourant, mais démontre que ce dernier les sous-estime. e) C'est ainsi après un examen complet et motivé que les experts ont admis de façon unanime, au terme de l'entretien de synthèse, que le recourant présentait une atteinte significative à sa santé physique, sous forme de lombalgies chroniques, rebelles à tous les traitements disponibles et entrepris jusqu'ici, y compris les mesures invasives. Selon eux, cette atteinte justifie une incapacité de travail totale et définitive dans les activités contraignantes pour le dos, dont celles exercées dans la police d'intervention avant l'automne 2012 (après cette date, le poste avait été adapté). En revanche, dans une activité adaptée au problème rachidien, la capacité (le rapport d'expertise du 15 avril 2016 indiquant par erreur l'incapacité) de travail est complète, dès lors qu'elle exclut le port de charges supérieures à 8 kg, permet l'alternance des positions une fois par heure et évite le maintien en porte-à-faux du rachis. Une telle activité était exigible dès le 1^{er} septembre 2014, soit un an après la spondylodèse. Les experts ont ajouté que le poste de remplacement, qui avait à l'époque été proposé au recourant par son employeur, était idéal. Cette évaluation des limitations fonctionnelles, effectuée après un examen complet de la situation, ne prête pas le flanc à la critique. Elle tient compte des avis médicaux des médecins traitants, qui ne sont également pas parvenus à fournir une explication objective aux limitations et douleurs alléguées par le recourant, ainsi que de l'estimation faite par le recourant de ses propres limitations, en faisant une appréciation de la mesure de son autolimitation. Dès lors que les problèmes rachidiens ne sont objectivement pas qualifiés d'importants en termes d'incidence sur les capacités fonctionnelles, le respect des limitations fonctionnelles suffit à rendre exigible une activité adaptée à plein temps. f) Les avis postérieurs à l'expertise du 15 avril 2016, notamment ceux des 17 janvier, 30 mai et 26 juin 2017 des Drs L._____, M._____, et du Prof. H._____, ne sont pas suffisamment étayés pour mettre en doute le contenu de l'expertise et n'apportent aucun argument nouveau. Quant au rapport du 28 septembre 2018 du Dr C._____, il ne repose que sur les déclarations de l'assuré et a été émis sans aucun document médical, ni imagerie ; néanmoins, on relève qu'il ne contredit pas vraiment les conclusions des experts, mais fait une appréciation divergente de la capacité de travail, qui n'est cependant pas motivée. Quant aux Drs S._____, J._____, et W._____, psychiatres du Centre O._____, ils confirment tant l'absence de trouble psychiatrique que de limitation fonctionnelle sur ce plan. g) En définitive, l'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, tout comme les différents rapports du Dr P._____, qui apprécie de manière convaincante l'évolution de la situation du recourant décrite dans les différents rapports médicaux, déposés après le rapport d'expertise. Il s'ensuit que la détermination de la capacité de travail par l'intimé sur la base de cette évaluation médicale doit être approuvée. Il ne se justifie ainsi pas de

procéder à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, tel que requis par le recourant, dès lors qu'elle ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3). Il est encore précisé que l'échec de la mesure de réorientation professionnelle n'est d'aucun secours au recourant, qui tente d'en déduire qu'il démontre ainsi son incapacité de travail ; en effet, non seulement l'évaluation médicale est déterminante sur ce point (TF 8C_801/2018 du 13 février 2019 consid. 4.3), mais aucune observation fiable sur l'exigibilité d'une activité adaptée n'a pu être effectuée lors de cette mesure, compte tenu du faible taux de présence du recourant.

7. Le recourant conteste le degré d'invalidité, en particulier le revenu avec invalidité retenu par l'OAI. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (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). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. 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). b) En l'espèce, l'intimé a déterminé le revenu annuel hypothétique sans invalidité du recourant en se basant sur les données communiquées par son employeur. Ce procédé s'avère tout à fait conforme à la jurisprudence, de sorte que le revenu mis en évidence – à hauteur de 95'533 fr. – doit être confirmé. Il n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. c) S'agissant du revenu d'invalidité, il est retenu que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'exercice d'une activité adaptée apparaît raisonnablement exigible de l'assuré sur le marché équilibré du travail, où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b ; 130 V 343 consid. 3.2). En l'absence de toute activité lucrative reprise par le recourant, l'intimé était fondé à recourir à l'ESS (T17, salaire mensuel brut selon les groupes de professions, l'âge et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble) pour fixer le revenu d'invalidité réalisable à 100 %, en se fondant sur le revenu d'un employé de bureau, compte tenu de sa formation et de son expérience professionnelle. L'intimé a par ailleurs tenu compte dans une mesure adéquate des restrictions fonctionnelles de l'intéressé en procédant à une déduction de 10 % du revenu statistique pour fixer le revenu d'invalidité. Le revenu

annuel d'invalidité de 78'285 fr. 21 peut en conséquence être valablement retenu (soit 6'782 fr. mensuel selon ESS en 2014, adapté à l'horaire de travail moyen usuel dans les entreprises de 41,7 heures et compte tenu de l'évolution des salaires nominaux chez les hommes de 2014 à 2018, le salaire mensuel déterminant était de 7'070 fr. 24 ce qui représente annuellement 86'983 fr. 57, dont il y a lieu de déduire 10 % à titre d'abattement). Les salaires sur lesquels se basent le recourant correspondent à des salaires perçus dans l'administration cantonale vaudoise ou dans une commune. Or, l'activité d'employé de commerce est exigible tant dans le secteur privé que le secteur public, de sorte qu'il n'y a aucune raison de limiter les sources au secteur public. La référence au tableau ESS est par ailleurs conforme à la jurisprudence. Le degré d'invalidité résultant de la perte de gain (17'247 fr. 79) est donc bien de 18.05 %. Ce taux étant inférieur à 20 % et 40 %, le refus de mesures professionnelles et de rente est justifié. 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 11 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ T._____, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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