

# **VD\_GERICHTE ZD11.045294 vom 21. Februar 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-02-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.045294](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.045294)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.045294 du 21 février 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD11.045294 del 21 febbraio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Quels sont les critères qu'il a utilisés pour définir les limitations fonctionnelles de ce patient? A la lecture de son texte, j'ai beaucoup plus l'impression qu'il a utilisé les critères habituels de prévention de la lombalgie chez le sujet sain que des critères spécifiques et adaptés à une situation pathologique, dans le contexte du concept de la CIF-10 qui, actuellement, fait autorité en termes de rééducation.

#### **E. 1.1**

Au plan physique La silicose pulmonaire contre-indique totalement une activité de marbrier ainsi que toute activité professionnelle associée à l'exposition de poussières minérales. Les affections musculosquellétiques entraînent actuellement une réduction de 50% des capacités professionnelles sous condition des restrictions suivantes: o Port répétitif de charges limité à 10 kg. o Efforts de marche limités à 15 minutes. o Position assise sans bouger limitée à 30'. o Piétinement limité à 15'. o Pas de travaux impliquant des flexions répétées du tronc. o Pas de travaux en genuflexion. o Pas de travaux nécessitant l'action des bras au-dessus de la ligne des épaules. L'activité professionnelle doit en outre permettre une adaptation fréquente de la position (dont l'intensité peut varier d'un jour à l'autre, selon l'intensité des symptômes).

#### **E. 1.2**

Au plan psychique L'atteinte psychique actuelle n'influence pas directement la capacité professionnelle; elle a par contre très probablement un impact sur les ressources à disposition pour une reconversion.

#### **E. 1.3**

Au plan social Il n'y a pas d'élément social influençant directement une capacité professionnelle. Par contre le niveau d'éducation, les aspects socioculturels (absence de formation professionnelle, incapacité à écrire le français, difficultés importantes à comprendre un texte écrit

- 18 - en français) ont un impact certain sur les chances de réussite d'une reconversion professionnelle. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

### **E. 2**

Déconditionnement musculaire global progressivement depuis 2008 (M62.9)

#### **E. 2.1**

Si oui par quelle mesure? (Par exemple mesure médicale, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail). NON, l'atteinte pulmonaire contre-indique absolument toute poursuite de cette activité.

## **E. 2.2**

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur l'incapacité de travail? Caduque vu 2.1 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? D'un point de vue médico-théorique, oui.

## **E. 2.3**

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore possible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Caduque selon 5.1

## **E. 2.4**

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Caduque selon 5.1

## **E. 2.5**

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? Juin 2008, au début provoqué par un syndrome radiculaire L5 droit invalidant.

## **E. 2.6**

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Une incapacité totale dans la profession exercée a d'abord été due à un problème locomoteur (syndrome radiculaire). Par la suite c'est une des maladies pulmonaires (silicose) qui en est responsable. Globalement il n'y a pas eu de modification depuis octobre 2008. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel? Caduque selon 5.1 C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants: - La possibilité de s'habituer à un rythme de travail. - L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social. - La mobilisation des ressources existantes. Sinon, pour quelle raison? D'un point de vue théorique, une réadaptation professionnelle nécessiterait d'abord la mise en place d'un nouveau programme thérapeutique. Celui-ci devrait être centré sur le même concept que celui déployé en 2009 (programme de réhabilitation fonctionnelle intensive avec une prise en charge bio-psycho-sociale) mais avec quelques modifications majeures. En premier lieu, il faudrait mettre en place une phase préliminaire de préparation, axée sur 2 aspects: 1) limiter l'impact des discopathies inflammatoires (mise en route matinale) par l'introduction d'un AINS de longue durée d'action (qui soit efficace et toléré) et/ou par l'utilisation d'infiltrations

- 19 - rachidiennes de dérivés cortisonés, 2) amener Monsieur N. \_\_\_\_\_ à retrouver un équilibre sagittal plus économique (musculairement parlant) à l'aide d'exercices dirigés sur le déverrouillage de l'étage lombopelvien ; en effet l'évaluation indique que Monsieur N. \_\_\_\_\_ a une marge théorique de compensation physique (pour faire face au déséquilibre sagittal secondaire aux discopathies) qui n'est actuellement pas utilisée (possibilité de rétroversion du pelvis lui permettant de mieux se redresser et d'épargner sa musculature lombaire). La phase principale devrait ensuite être répétée en y intégrant une collaboration avec la rééducation pneumologique. Elle devrait contenir un important travail sur les représentations, afin d'amener progressivement Monsieur N. \_\_\_\_\_ à redécouvrir ses propres capacités physiques et mentales. Enfin, il faudrait instaurer une phase de consolidation avec un suivi médical, psychologique et physiothérapeutique intensif pendant au moins 6 mois supplémentaires. Cette phase est nécessaire pour permettre à Monsieur N. \_\_\_\_\_ d'intégrer les bénéfices observés en salle de réentraînement dans ses activités

de la vie quotidienne (phase de transfert des acquis). C'est également pendant cette phase qu'il aurait besoin d'un bilan professionnel (réorientation) et d'une réintégration progressive dans le monde professionnel. Compte tenu de l'ensemble de la situation médicale (biologique- psychique et sociale) telle qu'observée durant cette évaluation multidisciplinaire, il nous semble peu probable que Monsieur N.\_\_\_\_\_ reprenne une activité professionnelle, même adaptée selon les critères définis en 4.1 et même à temps réduit (50%), soit sa capacité médico-théorique retenue par cette expertise. L'évolution conjuguée des nombreuses pathologies intriquées (système locomoteur, système pulmonaire, et système endocrinien) découvertes au fil des consultations médicales depuis l'arrêt de travail de juin 2008, a provoqué chez Monsieur N.\_\_\_\_\_ une altération profonde de ses représentations concernant ses propres capacités et de ses relations avec le monde extérieur. Concrètement, il ne se voit actuellement que comme un malade handicapé, incapable de fonctionner, y compris dans des tâches simples (hygiène corporelle, se déplacer, etc.) et donc à mille lieues d'avoir une capacité professionnelle. Cela se traduit par exemple par une sous-évaluation de ses capacités physiques résiduelles tel que cela a été démontré lors de l'évaluation fonctionnelle. Dans ce contexte, l'idée d'une reconversion dans une activité professionnelle qui n'a rien à voir avec l'activité professionnelle qu'il a exercé au cours de sa vie (reconversion rendue nécessaire par la silicose pulmonaire qui contre-indique absolument la poursuite de son ancienne profession), avec tout ce que cela implique comme effort physique, psychique et social, lui semble totalement insurmontable voire hors de propos. D'un point de vue objectif, il existe de nombreux facteurs de mauvais pronostic au premier rang desquels on trouve la durée extrêmement longue (bien au-delà de 2 ans) passée hors du monde professionnel, mais également une somme de difficultés sociales (âge tardif pour une reconversion, absence de formation, très mauvaise maîtrise de la langue écrite), et un déconditionnement physique (musculaire et pneumologique) intense, qui nous obligent à être très pessimistes quand à une quelconque chance de réussite d'un plan de reconversion professionnelle.

- 20 - 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

### **E. 3**

Silicose pulmonaire d'origine professionnelle (J62)

#### **E. 3.1**

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Selon l'évaluation réalisée, Monsieur N.\_\_\_\_\_ a une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité qui tient compte des restrictions suivantes :  
o Port répétitif de charges limité à 10 kg.  
o Efforts de marche limités à 15 minutes.  
o Position assise sans bouger limitée à 30'.  
o Piétinement limité à 15'.  
o Pas de travaux impliquant des flexions répétées du tronc.  
o Pas de travaux en genuflexion.  
o Pas de travaux nécessitant l'action des bras au-dessus de la ligne des épaules.

#### **E. 3.2**

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée (par exemple heures par jour)? 50%.

#### **E. 3.3**

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Selon l'évaluation fonctionnelle réalisée, il faut s'attendre à une diminution de rendement d'au moins 20 à

30%.

### **E. 3.4**

Si plus aucune autre activité n'est possible, si oui qu'elles en sont les raisons? Caduque. »  
Le 18 mars 2013, l'office intimé a transmis sa prise de position, à laquelle était joint un avis du SMR du 6 mars précédent. Tout en convenant que le rapport d'expertise apparaît probant, il relève qu'il confirme l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dite capacité serait susceptible d'augmenter à 100% pour autant qu'une prise en charge médicale intensive soit menée à bien.

- 21 - Aussi, la question de l'exigibilité de ladite prise en charge se pose-t-elle, bien que les experts soient réservés sur ses chances de succès. Se déterminant dans une lettre du 27 mai 2013, le recourant considère que le rapport d'expertise satisfait pleinement aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Sur le fond, il observe – ce dont l'autorité intimée ne disconvient pas – que les experts admettent une incapacité de travail complète dans sa profession habituelle de marbrier. En ce qui concerne l'existence d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant se prévaut du rapport complémentaire du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2013, lequel estime que sa capacité de travail est nulle dans toute activité pour une durée indéterminée, compte tenu de l'atteinte respiratoire le limitant sévèrement dans toute profession impliquant un effort physique même mineur, voire des déplacements même courts et répétés. Le recourant en déduit que la liste des limitations fonctionnelles doit être complétée dans ce sens. Sur le plan psychiatrique, il souligne que la pathologie présentée n'entraîne pas à elle seule d'incapacité de travail mais qu'elle a en revanche un très probable impact sur les ressources à disposition pour une reconversion. Il fait par ailleurs valoir une baisse de rendement – au demeurant constatée lors de l'évaluation en ateliers – de 20 à 30% sur une capacité de travail résiduelle de 30% (recte : 50%), de sorte qu'il serait au mieux rentable deux jours pleins sur deux jours et demi de travail par semaine. S'agissant ensuite de la reconversion professionnelle, le recourant signale que les experts se sont montrés « très pessimistes » quant aux chances de succès d'un tel plan, eu égard à l'évolution des nombreuses pathologies intriquées qu'il présente. En outre, une reconversion professionnelle devrait être précédée d'un programme thérapeutique décrit par le Dr V. \_\_\_\_\_, dont la réussite paraît compromise par la situation médicale et personnelle du recourant. Ce dernier estime en définitive que la seule perspective réaliste est celle d'un travail en atelier protégé, l'éventualité d'un retour dans le monde de l'économie étant illusoire pour les raisons évoquées ci-avant. Le recourant estime en conséquence qu'en termes d'exigibilité, toute capacité de gain doit lui être niée.

- 22 - Par lettre du 17 juin 2013 à l'office intimé, le magistrat instructeur a pris acte que ce dernier a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise judiciaire, convenant ainsi que la décision attaquée du 25 octobre 2011 était mal fondée. Il l'a ainsi invité à préciser ses conclusions et à indiquer son calcul du degré d'invalidité, ceci sur la base de la capacité de travail résiduelle, de la diminution de rendement et, le cas échéant de l'abattement supplémentaire qu'il estimait devoir être retenues. L'intimé a fait savoir en date du 4 juillet 2013 qu'il concluait au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, compte tenu des démarches à entreprendre. Dans d'ultimes déterminations du 24 décembre 2013, le recourant réitère et développe les considérations exposées dans son écriture du 27 mai 2013 à propos des diverses raisons motivant à ses yeux l'inexigibilité de

l'exploitation de la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue, si tant est qu'elle existe. Il en déduit que son invalidité est totale, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente entière de l'assurance- invalidité. Cela étant, si le caractère exigible d'une activité adaptée devait néanmoins être admis, il conviendrait de tenir compte d'une capacité résiduelle de travail réelle de 35 à 40%, soit une capacité médico- théorique de 50%, avec une baisse de rendement de 20 à 30%. Il y aurait en outre lieu de tenir compte d'un abattement de 10%, en raison de son âge. Il s'ensuit que, dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 40%, le taux d'invalidité serait de 53% et de 59% dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 35% sur la base des gains avec et sans invalidité retenus par l'autorité intimée. Le droit à une demi-rente devrait donc être reconnu. En annexe à son écriture, le conseil du recourant a fait parvenir la liste des opérations effectuées pour la période du 22 novembre 2011 au 24 décembre 2013, ce qui représente un total de 19 heures travaillées et 69 minutes, soit un solde en sa faveur de 4'067 fr. 50. Ce montant comprend les honoraires à hauteur de 3'766 fr. 20, auxquels s'ajoute la TVA au taux de 8%, par 301 fr. 30. Aucun débours n'est facturé.

- 23 - Après avoir pris connaissance de l'écriture du recourant du 24 décembre 2013, l'intimé a fait savoir, en date du 20 janvier 2014, qu'il n'avait pas d'observations à formuler. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité.

- 24 - 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art.

#### **E. 4**

Adénome thyroïdien macro-vésiculaire avec hémithyroïdectomie le 24.02.2012

## E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur l'incapacité de travail

### E. 4.2.1

Depuis quand sont-ils présents? 1. Episode dépressif moyen (2008) F32.1 2. Bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme (J44) (diagnostiquée en 2009, tabagisme stoppé en 2009) 3. Syndrome des apnées obstructives du sommeil, appareillé depuis décembre 2011 (G47.3)

## E. 5

Appréciation du cas et pronostic Monsieur N.\_\_\_\_\_ souffre d'une situation médicale intriquée à plusieurs niveaux. Tout d'abord au niveau rhumatologique, il existe une atteinte rachidienne complexe et une atteinte de l'épaule droite. Si ce second élément est relativement bénin malgré quelques restrictions fonctionnelles, l'atteinte rachidienne est plus compliquée. Selon les documents en notre possession (principalement les documents du Professeur C.\_\_\_\_\_), il semble que cela ait commencé en octobre 2008 par un syndrome radiculaire dont l'évolution a été lentement favorable au fil des mois et des diverses interventions thérapeutiques, dont des infiltrations. Comme c'est le cas dans environ 30% des cas, la résolution du syndrome radiculaire s'est malheureusement accompagnée d'une persistance d'un syndrome lombo-vertébral qui peut être plus ou moins invalidant. Dans le cas de Monsieur N.\_\_\_\_\_ les symptômes

- 16 - lombaires et l'importance du handicap associé peuvent s'expliquer par plusieurs éléments : A.- Les troubles dégénératifs, qui sont fréquemment banals au niveau de la colonne lombaire, ont provoqué dans le cas présent trois phénomènes: 1) une scoliose lombaire dégénérative dont on sait qu'à rayon de courbure équivalent, elles sont beaucoup plus symptomatiques que les scolioses idiopathiques de l'adolescent [...] ; dans le cas présent bien que déjà marquée (angle de Cobb 18°) il n'y a cependant pas encore de critère de gravité (ex: dislocation avec décoaptation des facettes) ni de modification de l'équilibre dans le plan coronal. 2) L'accumulation de discopathies sévères à quasiment tous les niveaux du rachis lombaire ; alors que la relation entre douleurs et atteinte mono ou bisegmentaire peut souvent être questionnée, l'accumulation de discopathie dégénérative est considérée comme un facteur aggravant les symptômes [...]. 3) Cette atteinte multisegmentaire a entraîné un déséquilibre sagittal : lorsqu'il se tient debout, Monsieur N.\_\_\_\_\_ a son centre de gravité placé beaucoup trop en avant, ce qui entraîne un déséquilibre chaque fois qu'il se tient debout et donc une surcharge musculaire compensatrice constante [...]. B.- Certaines de ces discopathies sont le lieu d'une atteinte des plateaux vertébraux adjacents connues sous le nom de « Modic I ». Ces altérations figurent parmi les rares anomalies structurelles rachidiennes que l'on ne retrouve quasiment pas chez la personne asymptomatique [...]. Elles sont généralement considérées comme des lésions inflammatoires [...] ce qui corrèle parfaitement bien avec les symptômes de Monsieur N.\_\_\_\_\_ qui décrit en particulier une longue mise en route matinale (au-dessus de 30'). A la problématique rhumatologique s'ajoute un problème pulmonaire mixte: une pneumopathie sur exposition chronique à la silicose (directement secondaire à son ancienne profession), une bronchopneumopathie chronique obstructive sur un ancien tabagisme chronique et un syndrome des apnées du sommeil sévère, appareillé depuis décembre 2011. L'anamnèse suggère que les problèmes rhumatologiques et les problèmes pneumologiques sont entrés en interaction (cercle vicieux) et ont entraîné un

déconditionnement physique très important. En effet, on est frappé par un déconditionnement musculaire très important et on peut aisément penser que ces 2 problèmes se sont potentialisés au fil des mois pour conduire à l'état musculaire actuel. Ce mauvais état musculaire rend encore plus difficile la compensation du déséquilibre sagittal décrit dans le paragraphe ci-dessus (point A.2). La pneumopathie à la silicose justifie d'une incapacité totale dans son dernier emploi (travail de la pierre (marbrier) exercé depuis l'âge de 19 ans). Le déconditionnement musculaire, pulmonaire et la situation rhumatologique actuelle, entraînent une incapacité de travail de 50%, auxquelles s'ajoutent des limitations d'activités spécifiques (limitation du port de charges, des activités en porte-à-faux, des activités à genoux ou sur une échelle, des positions maintenues (que ce soit assis ou debout), de l'activité du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale). D'un point de vue médico-théorique, une prise en charge médicale intensive, d'une durée suffisante (au moins

#### **E. 6**

En définitive, le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise en ce que sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2010.

#### **E. 7**

a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont à compter du 21 novembre 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 27 décembre 2013, Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 19 heures et 69 minutes au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoute la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 4'067 fr. 50 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'une mandataire professionnelle, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 3'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

- 33 - Il sera encore précisé que l'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Dupont au titre de l'assistance judiciaire.