

VD_GERICHTE ZD16.043659 vom 16. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.043659

FR: VD_GERICHTE ZD16.043659 du 16 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.043659 del 16 maggio 2017

Erwägungen

E. 19

novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

- 26 - b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.). 7. En l'espèce, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de vendeur est nulle, ce qui n'est pas contesté. Ce dernier sollicite dès lors la mise en œuvre de mesures de reclassement, et, dans le même temps, l'octroi d'une rente d'invalidité complète. Il soutient notamment que les rapports de ses médecins traitants sont en opposition totale avec l'avis du T._____ s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée. a) Sur le plan somatique, les experts du T._____ retiennent les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome spondylogène lombaire chronique dans le cadre de troubles dégénératifs et de gonalgies droites sur chondromalacie de la rotule, avec probable lésion méniscale interne et épanchements articulaires à répétition. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail sont une hépatite B, et une neutropénie d'origine indéterminée et une bicuspidie de la valve aortique. Les médecins du T._____ constatent en particulier que sur le plan de la médecine interne, l'examen qu'ils ont pratiqué est rigoureusement normal, hormis la survenance d'un malaise lors du status neurologique, malaise dont l'origine ne peut être clairement établie d'un point de vue organique. Les experts estiment cependant qu'il n'y a pas d'indication à une incapacité de travail. S'agissant des malaises, on

- 27 - relèvera en outre que ceux-ci ne sont pas d'origine cardiaque. Les examens effectués par les cardiologues se sont en effet révélés dans les limites de la norme et ils ne mettent pas en évidence de signe suspect de maladie coronarienne (cf. rapport du 20 décembre 2013 de la Dresse B._____ et rapport du 7 février 2014 du Dr R._____). Le Dr K._____ précise que ces malaises ne contre-indiquent pas formellement une activité professionnelle en tant que manutentionnaire-vendeur, pour autant que l'entourage professionnel soit soutenant (cf. rapport du Dr K._____ du 29 juin 2016 ; cf. également en ce sens le rapport d'expertise du T._____ p. 25). S'agissant de la problématique rhumatologique,

le T._____ observe que l'examen rachidien et périphérique est dans la norme, hormis un épanchement du genou droit. Il n'y a pas de déficit neurologique en relation avec un dermatome précis. Compte tenu des troubles dégénératifs rachidiens et des troubles du genou droit, la capacité de travail dans l'activité habituelle n'est plus exigible. Elle est par contre de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et cela sans perte de rendement. Les experts rappellent aussi que le Dr X._____ fait état d'un hémisyndrome hémicorporel droit sensitivo-moteur, mais d'allure tout à fait fonctionnelle. Ce neurologue indique du reste que son patient ne présente pas de troubles neurologiques et que l'IRM cérébrale s'est révélée normale (cf. rapport du Dr X._____ du 25 juin 2014). Quant au Dr K._____, il considère que d'un point de vue neurologique, il n'y a pas d'indice selon lequel le recourant souffrirait d'une limitation physique dans sa capacité de travail (cf. rapport du Dr K._____ du 29 juin 2016). Sur le plan somatique, les conclusions du T._____, qui se fondent notamment sur un examen clinique, une anamnèse détaillée et la prise en compte des pièces médicales au dossier et des plaintes actuelles du recourant, sont ainsi claires et convaincantes. Elles sont en outre corroborées par les avis des autres médecins. En réalité, seule la Dresse C._____, médecin-traitant de l'assuré, considère que l'activité sur le plan

- 28 - physique n'est possible qu'à 50 % dans une activité adaptée (cf. son rapport du 27 juin 2016). Elle n'explique cependant nullement pour quelle raison elle s'écarte de l'appréciation des médecins du T._____ sur ce point, se contentant de substituer sa propre appréciation à celle de ces derniers, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en doute l'appréciation motivée du T._____. Par conséquent, elle ne saurait être suivie. b) Sur le plan psychique, les experts du T._____ ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail retenus sont une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et un trouble moteur dissociatif. Dans la partie intitulée « synthèse et discussion » de leur rapport, les experts expliquent de manière détaillée pour quelles raisons ils ont retenu ces diagnostics et pour quels motifs ils ont notamment exclu les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble de la personnalité. Compte tenu des diagnostics de majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et de trouble moteur dissociatif, ils ont ensuite analysé la situation du recourant sous l'angle de la jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux (cf. infra consid. 8b), pour arriver à la conclusion que ces affections ne sont pas invalidantes. Le recourant fait quant à lui valoir l'appréciation de sa psychiatre traitant, la Dresse U._____, qui, dans un rapport du 23 juin 2016, s'est notamment prononcée sur les conclusions du T._____. S'agissant des diagnostics posés, celle-ci indique qu'elle « tient à donner son avis médical » mais déclare dans le même temps ne pas s'opposer aux diagnostics retenus par ses collègues experts. Or contrairement aux médecins du T._____, elle retient un trouble de stress post-traumatique, une probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un trouble somatoforme persistant. Elle n'explique cependant pas de façon détaillée pour quelle raison elle s'écarte des diagnostics posés par le T._____, mentionnant uniquement qu'il serait « peut-être intéressant de pouvoir effectuer une contre-

- 29 - expertise pour trancher cette question ». L'avis de la Dresse U._____ ne peut être suivi. En effet, dans leur rapport, les experts du T._____ expliquent bien pour quels motifs ils ne retiennent pas les diagnostics posés par la psychiatre du recourant. S'agissant

tout d'abord de l'état de stress post-traumatique, les experts indiquent notamment que le licenciement du recourant, événement ayant déclenché une perturbation émotionnelle intense, ne représente pas un événement exceptionnellement traumatique ou menaçant. Les événements traumatiques liés à la guerre datent de plusieurs années et la perturbation émotionnelle déclenchée par le licenciement suffit à expliquer l'émergence des souvenirs traumatiques. Pour ce qui est du trouble somatoforme persistant, il est également exclu par les experts. En effet, dans le cas du recourant, il existe des symptômes physiques liés à une atteinte organique, mais ils sont amplifiés par l'état psychique de ce dernier. Pour les médecins du T. _____, la majoration des douleurs et leur caractère démonstratif dans toutes les évaluations orientent ainsi vers un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La Dresse U. _____ soutient que son patient présente une probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Or les médecins du T. _____ n'observent aucun argument pour un trouble de la personnalité : en dehors des traumatismes de la guerre, le recourant ne relate aucun fait traumatique. De plus, il est entré dans la vie adulte sans difficulté, en étant alors sociable et ouvert, et aucun conflit relationnel n'est rapporté. Par ailleurs, dans son rapport du 18 juillet 2016, le Dr BA. _____ explique que ce point notamment a été examiné en détail par l'un des psychiatres du SMR. Il en ressort que les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de probable modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe ne peuvent formellement cohabiter, la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe étant la manifestation chronicisée de l'état de stress post-traumatique. Or comme le relève le Dr BA. _____, l'expertise

- 30 - du T. _____ montre bien que le recourant a correctement dépassé les épreuves de la guerre, démontrant une résilience intacte et se recréant une existence sereine après avoir fui son pays. En réalité, l'événement ayant déclenché la symptomatologie actuelle a été le licenciement, injustifié aux yeux du recourant. Toutefois, comme mentionné ci-dessus, ce licenciement ne représente pas un événement exceptionnellement dramatique ou menaçant. Ainsi, comme le remarque à juste titre le Dr BA. _____, ni l'état de stress post traumatique, ni la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ne sont motivés par la Dresse U. _____, alors qu'ils sont clairement exclus par l'analyse précise effectuée par les experts du T. _____. Enfin, la Dresse U. _____ pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Toutefois, les experts expliquent que ni le dossier, ni l'anamnèse ne permettent de distinguer deux épisodes dépressifs distincts et ayant fait l'objet de soins psychiatriques. Dès lors, ils ne retiennent pas de récurrence s'agissant de cette atteinte. La Dresse U. _____ ne se prononce pas plus avant sur ce point, se limitant au final à substituer son appréciation à celle des médecins du T. _____, ce qui n'est pas suffisant pour mettre en doute l'avis de ces derniers. Au vu de ce qui précède, il convient dès lors de retenir les diagnostics posés par les experts du T. _____, qui étaient leur position de manière détaillée et convaincante. 8. a) Compte tenu des diagnostics de majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques et de trouble moteur dissociatif, les experts du T. _____ ont ensuite examiné le cas d'espèce à l'aune des indicateurs développés par le Tribunal fédéral dans le cas de troubles somatoformes douloureux. C'est à bon droit que les médecins ont procédé de la sorte. En effet, l'application des critères développés en matière de troubles somatoformes douloureux aux cas de troubles moteurs dissociatifs a été confirmée à de nombreuses reprises, notamment dans plusieurs arrêts de principes (cf. TF 8C_607/2015 du 3

- 31 - février 2016 consid. 4.1 et réf. cit.) et encore récemment dans un arrêt du

E. 23

janvier 2017 en la cause 9C_422/2016 (cf. consid. 5.2). Avant d'examiner si cette atteinte est invalidante, il convient de rappeler ce qui suit. b) aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4 et arrêts précités). bb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans

- 32 - toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.). cc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au

moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les

- 33 - répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (cf. ch. F45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies] 10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

- 34 - Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

- 35 - lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. 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 (TAF C- 1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.). c) En l'espèce, les médecins du T. _____ ont décrit les raisons pour lesquelles ils posaient le diagnostic de trouble dissociatif, expliquant notamment que lors des malaises survenus en cours d'examen, l'état de conscience du recourant était préservé et que lors de ces épisodes, il perdait la motricité des membres inférieurs. De surcroît, cette atteinte a également été diagnostiquée par la Dresse U. _____ (cf. notamment ses rapports du 12 avril 2014 et du 23 juin 2016) et par les psychiatres de la V. _____ (cf. leur rapport du 13 juin 2014). Au vu de ces éléments, on peut considérer que le diagnostic a été posé selon les règles de l'art. Les médecins du T. _____ examinent ensuite les ressources du recourant, qui sont qualifiées de « plutôt bonnes » : l'intéressé est issu de la classe moyenne supérieure, bénéficie d'une formation dans l'hôtellerie, parle cinq langues et n'a rencontré aucun conflit relationnel majeur dans sa vie privée ou professionnelle. Hormis la difficulté à exprimer ses émotions, il n'y a pas de trait pathologique de la

- 36 - personnalité. Il s'agit d'un homme sociable, qui parvient à s'intégrer dans la société. Certes, les médecins relèvent que les pathologies psychiatriques, en particulier le trouble dépressif moyen, sont responsables d'une diminution de ses ressources personnelles. Le recourant devrait toutefois pouvoir les récupérer après une adaptation du traitement et une amélioration de la compliance médicamenteuse. En effet, il est précisé que la réduction de la fréquence des malaises démontre l'efficacité de l'approche psychothérapeutique, alors que la compliance au traitement est mauvaise, voire inexistante. Les experts proposent une adaptation du traitement, en particulier un changement d'antidépresseur, qui devrait permettre d'atteindre une stabilité de l'état psychique. Selon les médecins, un tel traitement est exigible et la stabilité psychique, qui dépend de l'adaptation du traitement et de la

compliance, devrait être atteinte dans un délai de trois mois après la fin de l'expertise (cf. rapport d'expertise p. 31). Enfin, les experts considèrent que les limitations dans la vie quotidienne sont en cohérence avec les pathologies psychiatriques. Ils observent toutefois des incohérences entre l'anamnèse et le status psychiatrique, relevant notamment différentes versions s'agissant du licenciement du recourant. Il convient par ailleurs d'ajouter que selon les constatations des médecins, le recourant sort marcher plusieurs fois par semaine, qu'il peut faire des courses légères, et qu'il apporte occasionnellement son aide à un parti politique. Il a aussi été en mesure de supporter un long voyage en bus pour visiter de la famille dans son pays. Il ressort des considérations qui précèdent que des possibilités thérapeutiques existent encore dans le cas du recourant (cf. rapport d'expertise p. 26). Ce dernier ne se trouve nullement dans une situation où une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération maximale de l'assuré, aurait définitivement échoué. Au contraire, les troubles dont souffre le recourant peuvent encore être traités et sa situation psychique peut être stabilisée, moyennant une adaptation de l'antidépresseur et une meilleure compliance de la part de l'intéressé. Or les troubles psychiques dont il est question ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et

- 37 - ne peuvent pas, ou plus, être traités, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). En outre, s'il existe en l'occurrence une affection concomitante, soit un trouble dépressif moyen, qui diminue les ressources de l'intéressé, ces dernières devraient pouvoir être récupérées une fois le traitement adapté. Enfin, il appert que les activités sociales du recourant demeurent passablement conservées et qu'il possède somme toute encore de bonnes ressources mobilisables, tant sur le plan personnel qu'au sein de son réseau social. Ainsi, à l'examen des critères de l'ATF 141 V 281 (cf. supra consid. 8b), il apparaît que le trouble dissociatif dont souffre le recourant ne peut être considéré comme invalidant. d) Par conséquent, sur le plan psychique, il y a également lieu de suivre les conclusions des experts du T. _____, tant s'agissant des diagnostics retenus que de la capacité résiduelle de travail du recourant, soit une incapacité totale à partir du 16 avril 2013, puis de 50 % depuis le mois d'avril 2015, et enfin une capacité de 100 % trois mois après la rédaction du rapport d'expertise, soit dès le 1er juin 2016. A cet égard, on ne saurait suivre l'opinion de la Dresse U. _____ selon laquelle, sur le plan psychologique, l'intéressé ne pourra pas reprendre une activité à 100 %. En effet, cette dernière motive sa position par le fait qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, les démarches de son patient n'ont abouti à rien, et que le travail effectué sur le plan psychologique lui demande beaucoup d'énergie. Or d'un part, le médecin doit évaluer la capacité de travail en fonction de critères médicaux et non pas selon son appréciation subjective quant aux perspectives de son patient de retrouver concrètement un emploi (cf. supra consid. 5a). D'autre part, la Dresse U. _____ ne saurait invoquer la pénibilité du traitement alors que celui-ci ne correspond manifestement pas à celui qui a été préconisé par les experts du T. _____ et qui était pourtant susceptible de stabiliser l'état psychique du patient. Il ressort en effet de son rapport du 23 juin 2016 que le traitement actuel consisterait en la prise de Temesta, alors que les médecins du T. _____ recommandaient du Cymbalta, notamment pour son effet de seuil et pour éviter le risque de neutropénie. Quant à

- 38 - l'appréciation de la Dresse N. _____, rhumatologue, on relèvera que cette dernière sort de son domaine de compétence lorsqu'elle affirme que la problématique est essentiellement psychiatrique et que des mesures professionnelles à 50 % pourraient être

envisagées dans un environnement « propice à ses troubles psychiatriques ». Ses conclusions ne peuvent ainsi être suivies. Enfin, les dernières pièces produites par le recourant ne sauraient remettre en doute les conclusions du T. _____ : le rapport de la psychologue H. _____ et l'attestation de la Dresse C. _____ font uniquement mention d'un échec, certes malheureux, d'une reprise professionnelle dans un grand magasin au rayon des fruits et légumes. Cela ne signifie toutefois nullement que l'intéressé n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. A cet égard, on rappellera que dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main- d'œuvre (cf. Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et réf. cit.). En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, impliquant par exemple des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (cf. TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et réf. cit.). Il est au demeurant douteux que l'activité exercée dans un grand magasin ait été adaptée, dans la mesure où l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle de vendeur selon l'expertise, probante, du T. _____. 9. Reste à examiner le droit à la rente du recourant. Dans la décision entreprise, l'OAI considère à juste titre que le recourant présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 15 avril 2013 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. A l'échéance

- 39 - de ce délai, soit le 15 avril 2014, l'incapacité de travail est totale, dans toute activité. Toutefois, le droit à la rente ne prend naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, soit en l'occurrence le 17 décembre 2013. Le droit à une rente entière est ainsi ouvert depuis le 1er juin 2014. L'OAI estime que l'état de santé du recourant s'est par la suite amélioré, et que la reprise d'une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles est exigible depuis le mois d'avril 2015. Par conséquent, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus et a constaté qu'il n'existait pas de perte de gain, donc pas de degré d'invalidité. Or dans son appréciation, l'OAI a omis de tenir compte du fait que selon les experts, la capacité de travail du recourant n'est que de 50 % depuis le mois d'avril 2015, et non pas de 100 %. Au moment de rédiger le rapport d'expertise, soit en mars 2016, les médecins du T. _____ ont en effet constaté que la capacité de travail de l'intéressée était toujours de 50 %, mais qu'elle serait de 100 % dans les trois mois, c'est-à-dire dès le début du mois de juin 2016. Autrement dit, la comparaison des revenus doit dans un premier temps, soit pour la période d'avril 2015 à juin 2016 être effectuée sur la base d'un revenu avec invalidité de 30'009 fr. 45 (60'018 fr. 91 : 2), ce qui donne une perte de gain de 21'109 fr. 45, soit un degré d'invalidité de 41 % (21'109 fr. 45 x 100 : 51'118.91). Compte tenu de ce qui précède, le recourant a effectivement droit à une rente entière du 1er juin 2014 au 30 juin 2015. A partir du 1er juillet 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI), le recourant a droit à un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 41 % (cf. consid. 4b supra), et ce jusqu'au 30 septembre 2016, soit trois mois après la date à partir de laquelle il a recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI). La décision querellée doit ainsi être modifiée en ce sens et confirmée pour le surplus, étant précisé que les montants pris en considération par l'OAI dans son calcul, contrôlés d'office, ne prêtent pas le flanc à la critique.

- 40 - 10. a) Le recourant conclut également à l'octroi de mesures de reclassement au sens de l'art. 17 al. 1 LAI. A cet égard, il convient de rappeler tout d'abord ce qui suit. b) En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op.cit., p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.). S'agissant des mesures de reclassement en particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] dans sa version au 1er janvier 2016, p. 40, ch. 4011 et réf. cit.). c) Or en l'espèce, comme on l'a vu ci-dessus (cf. supra consid. 9), il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le recourant ne subit plus aucune perte de gain, de telle sorte qu'il n'y a pas d'invalidité. Le recourant n'atteint ainsi pas le seuil de 20 % ouvrant droit à des mesures de reclassement. 11. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis.

- 41 - b) 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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), qu'il y a lieu d'arrêter à 1'200 fr., à la charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge de l'OAI.

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