

VD_GERICHTE ZD18.010911 vom 20. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.010911

FR: VD_GERICHTE ZD18.010911 du 20 décembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD18.010911 del 20 dicembre 2018

Erwägungen

E. 4

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des

- 20 - règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

E. 4.1

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition. Gonalgies gauches (début avril 2008), kyste poplité. Lombo-fessalgies (début dans le courant de l'année 2008). Canal lombaire rétréci en L3-L4 et L4-L5.

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Ancienne méniscectomie du genou droit. Obésité. Appréciation du cas et pronostic Ce patient d'habitus pychnique souffre avant tout de douleurs lombaires. Ces douleurs semblent présenter un caractère invalidant apparu dans le courant de l'année 2008. Rappelons qu'à cette époque Monsieur Q._____ avait poursuivi son travail en dépit d'un accident du genou gauche, lequel avait conduit à des douleurs répétitives de ce genou. Un kyste poplité avait même pu être mis en évidence, kyste poplité qui a persisté jusqu'à ce jour. En fait, les douleurs du genou gauche ne sont

plus au premier plan actuellement. Il y a certes persistance d'un kyste poplité. Il est de dimension modeste à l'examen clinique. Il n'a pas entraîné de phénomène de pseudophlébite. Par ailleurs, il n'y a actuellement, sur le plan clinique, pas de signe méniscal et pas d'épanchement articulaire ni de limitation fonctionnelle de l'un ou l'autre genou. On ne met pas en évidence non plus d'élément clinique en faveur d'une coxarthrose, quand bien même il existe sur le plan radiologique une discrète atteinte polaire inférieure des deux côtés. Les douleurs lombaires semblent bien être en rapport en partie avec un canal lombaire rétréci dans le cadre de modifications dégénératives postérieures sévères et dans le cadre de protrusion discale mis en évidence par l'IRM lombaire d'août 2009. Toutefois, il n'y a pas de déficit neurologique manifeste.

- 5 - Le pronostic quant à une reprise de travail dans une affection aussi lourde que celle d'ouvrier du bâtiment ou de manœuvre de chantier peut donc être considéré comme très défavorable. Le pronostic quant à une reprise de travail dans un métier adapté devrait en revanche être bon. Il y aura lieu certainement que ce patient soit investigué plus avant par un bilan de ses possibilités de reprise de travail dans un centre spécialisé (dans le cadre de l'AI par exemple). B. Influences sur la capacité de travail 1. Quelles sont objectivement les limitations en relation avec les troubles constatés? Limitations de la mobilité lombaire pour les inflexions latérales et pour les mouvements antéropostérieurs. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Ces troubles causent des douleurs répétitives de la région lombaire. 2.2 Causent-ils une incapacité de travail de 20 % au moins et si oui, depuis quand? Oui, depuis novembre 2008. 2.3 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? A mon avis partiellement. 2.4 Si oui, par quelles mesures? Perte pondérale. Exercices actifs de tonification musculaire. Ceinture élastique lombaire. Prise d'AINS. 2.5 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail au poste actuel? --- 2.6 S'il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste actuel, quel type d'activité s'avère adapté à l'état de santé de la personne? Un travail en position assise principalement. Eviter à Monsieur Q. _____ le port de charges dépassant 15 kg. Eviter les travaux en position de genuflexion prolongée ou le tronc penché en avant. 3. Est-ce qu'une reprise du travail peut être exigée: 3.1 Dans l'activité habituelle? Si oui, dans quelle mesure (période et taux)?

- 6 - Non. 3.2 Dans une activité adaptée? Si oui, dans quelles mesures (période et taux)? Oui. A 100 % avec un rendement diminué de 20 % environ. C. Influence sur la réadaptation professionnelle 1. Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire? Un changement de profession paraît s'avérer nécessaire chez ce patient. Le lieu de travail doit être si possible à l'intérieur plutôt qu'à l'extérieur. Monsieur Q. _____ devrait pouvoir faire des travaux en positions alternativement assise et debout. 2. En référence aux limitations constatées dans la profession actuelle, au vu du cursus professionnel de l'assuré (professions précédentes, formations, etc.) et de ses connaissances particulières (informatique, permis de conduire, langue, etc.), un tel changement est-il possible sans l'aide de l'AI? Non. 3. Dans quelle mesure l'activité adaptée peut-elle être exercée (par ex. taux d'activité, heures par jour)? Une activité adaptée pourrait être exercée comme indiqué sous 3.2 actuellement à 100 % mais avec un rendement réduit (entre 20 et 30 % environ).

E. 5

a) A la suite de l'accident dont il a été victime le 10 avril 2008, le recourant a présenté une lésion du genou gauche puis, n'ayant pas cessé son activité d'aide-maçon, des douleurs lombaires sont apparues, ce qui a nécessité un arrêt de travail à 100% dès le 10 novembre 2008. aa) Dans son rapport du 3 février 2010, le Prof. K. _____ a souligné qu'en dépit d'une atteinte au genou gauche, Q. _____ avait poursuivi son travail, ce qui avait conduit à l'apparition de douleurs répétées à ce genou. Etant de plus en plus gêné et ayant constaté une bosse derrière le genou gauche, le recourant a consulté, en septembre 2008, le Dr A. _____, médecin traitant, examen ayant mis en évidence l'existence d'un kyste poplité. Même si celui-ci a persisté jusqu'au jour de l'examen par le Prof. K. _____, il était de dimension modeste et n'avait pas entraîné de phénomène de pseudophlébite. Quelques années plus tard, le Dr A.A. _____ a constaté l'absence de kyste de Baker (rapport du 27 avril 2016, p. 6).

- 21 - Ayant relevé que les douleurs au genou gauche n'étaient plus au premier plan, le Prof. K. _____ n'a pas mis en évidence, dans le cadre de son examen clinique, de signe méniscal, d'épanchement articulaire ni de limitation fonctionnelle à ce genou. Aux membres inférieurs, il n'y avait pas d'amyotrophie ni de déviation de l'axe des genoux. Si le Dr A.A. _____ a, de son côté, fait état de douleurs mal systématisées à la palpation de la rotule et des éléments capsulo-ligamentaires s'y rattachant de même qu'en regard de l'interligne interne, il n'y avait toutefois pas de trouble du morphotype, pas d'épanchement et pas de signes méniscaux ni ligamentaires. La flexion-extension était complète avec une distance talon-fesse résiduelle de 4 cm (rapport du 11 mars 2014, p. 7). Lors de son examen du 26 avril 2016, le Dr A.A. _____ a encore constaté qu'il n'y avait pas de limitation de la mobilité manifeste des genoux de même que des hanches et des chevilles, au-delà d'une légère restriction en extension de ces dernières. bb) Q. _____ s'étant plaint de douleurs constantes dans la région lombaire, une IRM lombaire a été réalisée le 27 août 2009, laquelle a mis en évidence l'existence d'une sténose sévère du canal lombaire en L3-L4 et surtout en L4-L5. Dans son rapport du 11 mars 2014, le Dr A.A. _____ a relevé que l'intéressé présentait des troubles disco-dégénératifs bien réels du rachis lombaire dans le cadre d'un canal lombaire étroit radiologique, ne laissant toutefois comme stigmate symptomatique à l'examen clinique qu'une altération douloureuse de la mobilité tronculaire et des difficultés à la marche, en regard d'un examen neurologique sans syndrome irritatif ni trouble neuro-déficient manifeste des membres inférieurs au-delà d'une aréflexie achilléenne. Il n'y avait pas d'altération significative de la mobilité des hanches comme des genoux dans le cadre radiologique d'une coxarthrose droite prédominant sur le versant cotyloïdien et une gonarthrose débutante et un status après prothèse totale de hanche gauche, présentation clinique marquée de signes de surcharge fonctionnelle évocateur d'un syndrome douloureux. Par la suite, l'IRM lombaire du 9 décembre 2015 a révélé, outre des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire déjà connus, des discopathies dégénératives protrusives pluri-étagées prédominant en L3-

- 22 - L4 et L4-L5 s'ajoutant à une arthrose postérieure engendrant un canal lombaire étroit de nature modérée en L2-L3, importante en L3-L4 et sévère en L4-L5. Des rétrécissements étagés des trous de conjugaison de L2 à S1 ainsi qu'une atrophie partielle de la musculature para-lombaire ont également été mis en évidence. L'ensemble de ces pathologies a conduit le Dr A.A. _____ à admettre l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, justifiant une réduction de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. cc) S'agissant de la capacité de travail, le Dr A.A. _____ a déclaré se rallier à l'appréciation

du Prof. K. _____ selon lequel il convenait d'admettre une exigibilité de 100% avec une diminution de rendement de 20 à 30%, que le Dr A.A. _____ a fixée à 30% afin de tenir compte de la réduction de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis lombaire, la marche et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Ensuite de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche le 27 mai 2011, le Dr A.A. _____ a admis une incapacité totale de travail dès cette date, la capacité de travail exigible étant de nouveau de 70% trois mois plus tard. Enfin, si les limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'IRM lombaire du 9 décembre 2015 étaient similaires à celles figurant dans le rapport d'expertise du 11 mars 2014, le Dr A.A. _____ a toutefois admis une aggravation de l'atteinte à la santé, motivant une réduction de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. b) Aucune pièce médicale versée au dossier ne justifie de s'écarter des expertises circonstanciées établies par les Drs K. _____ (du 3 février 2010) et A.A. _____ (des 11 mars 2014 et 27 avril 2016). Dans son mémoire de recours, Q. _____ se prévaut du rapport de la Dresse F. _____ du 9 avril 2009, selon laquelle seul l'exercice d'une activité adaptée à 50% serait envisageable. Bref et peu étayé, il ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts prénommés. Tel est aussi le cas des rapports des 14 mai 2012 et 21 décembre 2015 du Dr O. _____ invoqués par le recourant à l'appui d'une incapacité de travail totale en toute

- 23 - activité. Le Dr A.A. _____ objecte que l'argumentation du Dr O. _____ reste essentiellement liée à l'aggravation de la spondylarthrose et du canal lombaire étroit sur l'IRM du 9 décembre 2015 et que ce ne sont pas les diagnostics en soi, malgré leur importance et leur nombre, qui préjugent de l'atteinte à la santé. Il souligne en outre que la complexité de l'anatomie du rachis et des voies de la douleur est considérable et que pour décider si un travail peut être exigé d'une personne lombalgique, l'état de santé médical démontré reste déterminant, le rôle de l'expert devant se borner à établir des profils de fonction et de capacité. Le Dr A.A. _____ estime ainsi qu'une incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité n'est pas crédible. Au demeurant, le rapport du 21 décembre 2015 ne faisait suite à aucun examen clinique (rapport du 27 avril 2016, p. 9). Cela étant, en réponse aux questions du précédent conseil de l'assuré, le Dr O. _____ a indiqué, le 27 janvier 2017, que les expertises du Dr A.A. _____ négligeaient l'action de la spondylarthrose et du canal lombaire étroit sur l'ensemble des fonctions musculo-viscérales, moteurs et sensibles des membres inférieurs. Or, le Dr A.A. _____ avait déjà répondu à cette critique dans son rapport du 27 avril 2016. Ainsi, en se limitant à exposer son propre point de vue, le Dr O. _____ ne faisait que substituer sa propre appréciation à celle des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il estimait qu'il fallait s'écarter des conclusions prises par ces derniers en cours de procédure. c) Le recourant reproche à l'office AI de n'avoir mis en œuvre qu'une expertise rhumatologique alors qu'il avait réclamé qu'une expertise orthopédique soit diligentée. aa) Il ressort des pièces médicales au dossier que le recourant présente essentiellement des atteintes aux membres inférieurs et au rachis lombaire. En d'autres termes, il s'agit de pathologies affectant l'appareil locomoteur. Or, tant la rhumatologie que l'orthopédie concernent les maladies des os, des articulations, des muscles, des tendons, des ligaments voire des nerfs, soit des principaux constituants de l'appareil locomoteur. La différence principale réside dans le fait que l'orthopédie constitue une spécialité chirurgicale ayant pour objet la

- 24 - prévention et la correction des affections de l'appareil locomoteur de même que celles touchant les membres inférieurs et supérieurs ainsi que le rachis, alors que la rhumatologie est une spécialité médicale s'intéressant au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur sans impliquer nécessairement une intervention chirurgicale. bb)

Dans le cas présent, il importe peu que l'expertise ait été réalisée par un médecin spécialiste en rhumatologie plutôt que par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, dès lors que ces spécialités s'intéressent toutes deux au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur (cf. TF 9C_474/2017 du 4 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence). De plus, il convient de préciser que l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 20 décembre 2013 ne précisait pas dans quelle spécialité le complément d'instruction devait se dérouler. Par conséquent, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise orthopédique, comme le réclame le recourant.

E. 6

Le recourant soutient que son âge, ses limitations fonctionnelles et les conditions du marché du travail rendent illusoire l'exercice d'une activité adaptée. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA,

- 25 - lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son

expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au

- 26 - moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). b) En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel est encore exigible de l'assuré est celle du rapport de l'IRM lombarde du 9 décembre 2015 mettant en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant. A cette date, l'intéressé, né le

E. 8

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 9

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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