

VD_GERICHTE ZD19.044731 vom 28. Januar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.044731

FR: VD_GERICHTE ZD19.044731 du 28 janvier 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.044731 del 28 gennaio 2020

Erwägungen

E. 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).

E. 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.

- 11 -

E. 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.

E. 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

- 14 - 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).

E. 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

- 15 - 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.

- 16 - 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'entrait 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,

- 17 - 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

- 18 - 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 1er 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.

- 19 - g) En définitive, l'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, tout comme les différents rapports du Dr P. _____, qui apprécient 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.

E. 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

- 20 - 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'invalide, 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

- 21 - professions, l'âge et le sexe – secteur privé et secteur public ensemble) pour fixer le revenu d'invalide 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'invalide. Le revenu annuel d'invalide 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.

E. 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.

- 22 - 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).

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