

VD_GERICHTE ZD20.041942 vom 5. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.041942

FR: VD_GERICHTE ZD20.041942 du 5 août 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.041942 del 5 agosto 2021

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 334/20 - 227/2021 ZD20.041942 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 5 août 2021 _____ Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Bosson, assesseur Greffière : Mme Lopez ***** Cause pendante
entre : D. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 LPGA ; art. 8
et 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité
[...], sans formation professionnelle, a exercé divers métiers depuis son entrée en Suisse en
2005, les derniers en qualité d'aide- jardinier...], puis de poseur de clôtures jusqu'au 30
septembre 2016. Le 1er octobre 2016, il s'est inscrit à l'assurance-chômage. Le 16 février
2017, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité
pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de
travail à 100 % depuis le 10 février 2017 en raison de problèmes de dos. Dans un rapport
reçu le 24 mars 2017 par l'OAI, la Dre G. _____, spécialiste en médecine interne
générale et médecin traitant de l'assuré, a posé comme diagnostic « sans » effet sur la
capacité de travail une discopathie sévère D11-D12 détectée à l'occasion d'une imagerie
par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 16 février 2017. Elle a attesté d'une
incapacité de travail à 100 % du 10 février 2017 au 9 mai 2017, à réévaluer. Elle a indiqué
que l'assuré ne pouvait pas porter de lourdes charges (supérieures à 3 kg) et que les
douleurs invalidantes ne lui permettaient pas d'exercer sa profession, la Dre G. _____
précisant à ce sujet que l'assuré était maçon. Une réinsertion professionnelle était
préconisée. S'agissant des travaux exigibles, le médecin a mentionné une activité
permettant une alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 10
kg, sans nécessité de se pencher et sans mouvements de rotations en position assise ou
debout. Elle a produit un rapport d'IRM lombaire du 16 février 2017 du Dr L. _____,
spécialiste en radiologie, faisant état d'une discopathie sévère en D11-D12 et de
remaniements dégénératifs modérés, sans conflit radiculaire ou médullaire et sans
myélopathie. Selon l'extrait du compte individuel de l'assuré du 21 mars 2017, son revenu
annuel entre 2005 et 2016 n'a pas dépassé 58'155 fr. par année.

- 3 - Par communication du 20 avril 2017, l'OAI a informé l'assuré de la mise en place
d'une mesure d'intervention précoce auprès de F. _____ du 1er mai au 29 septembre
2017. Dans un rapport du 23 juin 2017, la Dre G. _____ a posé les diagnostics avec
répercussion sur la capacité de travail de discopathie sévère D11-D12 et de très forte
décompensation congestive interfacettaire L2 à S1 découverte à l'occasion d'une IRM
réalisée le 16 mai 2017. A titre de limitations fonctionnelles, elle a retenu l'impossibilité de
porter des charges (maximum 10 kg), pas de position statique (assise ou debout) et une

variation des positions. L'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle depuis le 10 février 2017. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis le 1er juillet 2017. La mesure auprès de F. _____ a pris fin en raison des problèmes de dos de l'assuré (cf. rapport de F. _____ du 7 août 2017 et courrier de l'assuré à l'OAI du 12 septembre 2017). Par projet de décision du 31 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter ses demandes de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations professionnelles mais que le calcul du degré d'invalidité n'aboutissait pas à l'ouverture du droit à une rente. Par communication du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il était mis au bénéfice d'une mesure d'aide au placement. Par courrier daté du 28 novembre (réd. : 2017), l'assuré s'est opposé à la prise de position de l'OAI. Il a notamment fait valoir qu'on lui avait proposé un poste d'ouvrier de fabrique au taux de 100 % dans le cadre de l'aide au placement organisée par l'assurance-chômage et qu'il avait dû interrompre cette mesure au quatrième jour en raison des

- 4 - douleurs. Il pensait qu'un travail à 50 %, dans une activité lui permettant d'être constamment en mouvement, pourrait convenir. Dans un rapport du 20 janvier 2018, la Dre G. _____ a posé les diagnostics de discopathie sévère D11-D12, de très forte décompensation congestive interfacettaire allant de L2 à S1, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (ci-après : SAOS) de degré sévère, et d'obésité avec BMI à 35 kg/m². Elle a également indiqué ce qui suit (sic) : « Mr D. _____ a bénéficié de plusieurs infiltrations avec le Professeur [...] qui ont grandement amélioré sa symptomatologie douloureuse au repos et permis d'avoir une meilleure qualité de vie. Dans ses conditions, j'ai pensé qu'avec un travail adapté, sans port de charge et en alternant les positions il pourrait reprendre une activité à 100 %. Cependant, je n'ai pas pris en compte la fatigabilité des positions, même variées, l'impact d'une position debout statique même de courte durée. L'impact du BMI de mon patient sur sa pathologie dorsale, la fatigabilité qu'engendre le syndrome d'apnée du sommeil en plus des douleurs dorsales nocturnes qui perturbent le sommeil de M. D. _____. Monsieur D. _____ est un jeune patient, il travaille depuis l'âge de 15 ans à 100 %. Il aimait son travail de maçon et ça a été un coup dur de devoir faire le deuil d'une profession qu'il appréciait. Lors de son nouveau travail adapté, il s'est donné à fond, a essayé au mieux de tenir son poste mais a été confronté à ses limites après seulement 3 jours. Les douleurs dorsales sont devenues à nouveau insupportables en fin de journée. Suite à cette expérience, et face aux motivations de M. D. _____ de se remettre rapidement sur le marché du travail, il me paraît évident qu'il est illusoire d'attendre de lui un travail à 100 % pour l'instant. 3. Nouveau degré d'incapacité de travail Mr D. _____ a une incapacité de travail de 50 %. 4. Pronostic - Une partie importante de sa fatigabilité et donc de son incapacité au travail est directement liée à son BMI. En effet, son obésité pèse sur un dos déjà malade et augmente les douleurs. Une perte de poids pourrait nettement améliorer sa capacité de travail. - Cette perte de poids aura aussi un impact sur son syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) et améliorera ses nuits. - Une augmentation de sa musculature abdominale grâce à un programme de renforcement musculaire dorsale aura aussi un impact positif ». Dans un avis du 20 avril 2018, le Dr C. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé que la

- 5 - Dre G. _____ n'apportait pas d'éléments nouveaux permettant à l'OAI de changer de position. Par décision du 3 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité déposée par l'assuré. B. Statuant le 22 juillet 2019

(cause AI 403/18 – 216/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par D. _____ et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, elle a jugé que les nouveaux éléments rapportés par la Dre G. _____ et les limitations évoquées par F. _____, telles des douleurs des jambes et du dos, n'avaient pas été suffisamment instruits ni correctement évalués par l'OAI. C. A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du dossier. Dans un avis du 13 novembre 2019, le Dr C. _____ du SMR a préconisé une expertise pluridisciplinaire ainsi qu'un test du maintien de l'éveil pour déterminer les conséquences fonctionnelles du SAOS. Dans le cadre de l'expertise confiée à Q. _____, l'assuré a été vu le 14 février 2020 par les Drs M. _____, spécialiste en médecine interne générale, et B. _____, spécialiste en pneumologie, et le 11 mars 2020 par le Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie. Le rapport d'expertise a été établi le 27 mai 2020. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail suivants : douleur dorso-lombaire sur discopathie D11-D12 (M51.9), obésité avec BMI à 38,6 (E66.00), syndrome des apnées nocturnes sévère de type obstructif et positionnel, non appareillé (G47.3), déficience visuelle monoculaire droite congénitale (H54) et hypertension artérielle essentielle, traitée depuis 2019 (I10). D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était nulle depuis le 1er septembre 2016 dans les deux dernières activités exercées par l'assuré, et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : changement de position régulier, pas

- 6 - d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à 10 kg, et éviter le piétinement. Sur le plan pneumologique, l'expert a retenu que l'assuré ne pouvait pas faire un travail de précision nécessitant concentration et mémoire. La capacité de travail était de 70 %, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le 22 mars 2017, en raison d'une baisse de rendement de 30 % liée à la fatigue engendrée par le syndrome des apnées nocturnes non traité. Selon les experts, la capacité de travail et le rendement seraient de 100 % si le syndrome des apnées nocturnes était traité. Sur le plan de la médecine interne générale, les experts ont retenu une pleine capacité de travail, sans aucune limitation fonctionnelle. Dans un avis médical du 12 juin 2020, le Dr C. _____ du SMR a estimé que les conclusions des experts différaient peu des siennes, puisque la diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par les experts résultait uniquement d'une appréciation de répercussions non-objectivées d'un SAOS. Selon le Dr C. _____, la capacité de travail dans une activité adaptée serait entière avec un traitement pour le SAOS, qui était exigible d'un point de vue médical. En conclusion, le SMR proposait de retenir les conclusions des experts. Dans un projet de décision du 18 août 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de rejeter ses demandes de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Par décision du 28 septembre 2020, l'OAI a confirmé son refus de prestations. Il a considéré que l'assuré avait une capacité de travail de 70 % (100 % moins 30 % de diminution de rendement) dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de travail de précision nécessitant concentration et mémoire, pas d'effort de soulèvement supérieur à 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, ni de rotation répétée du buste, pas de port de charge supérieure à 10 kg, éviter le piétinement, changement de position régulier). Après comparaison du revenu avec invalidité de 44'601 fr. 96 et du revenu sans

- 7 - invalidité de 67'070 fr. 61, tous deux calculés sur la base des données salariales statistiques, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 34 %, qui n'ouvrirait pas le droit à la rente. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'OAI a estimé que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. D. Par acte non signé du 24 octobre 2020, posté le 26 octobre 2020, D._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation. Il a notamment indiqué avoir eu l'impression que les experts du Q._____ ne s'intéressaient pas à ce qu'il avait à dire, ni à ce qu'il ressentait. Il a précisé qu'il avait à peine pu s'exprimer avec le Dr M._____ et que l'entretien avec le Dr B._____ avait duré environ cinq minutes. S'agissant du Dr S._____, qu'il a qualifié de personne peu sympathique, le recourant lui a reproché d'avoir procédé à des examens typiques, sans s'intéresser à ce qu'il avait à lui dire, et sans chercher à faire des examens plus approfondis. Il a ajouté ne pas comprendre pourquoi les experts ont renoncé aux examens qu'ils avaient prévus initialement de confier à une clinique du sommeil. Il a aussi énuméré ses troubles à la santé et émis le souhait de passer de nouveaux examens avec d'autres médecins. Le 5 novembre 2020, dans le délai imparti par la juge instructrice, le recourant a transmis à la Cour de céans son acte de recours dûment signé. Dans sa réponse du 18 janvier 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

- 8 - 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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à des mesures d'ordre professionnel et à une rente. 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,

- 9 - 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). 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). c) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

- 10 - situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). e) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références). 4. En l'espèce, à la suite de l'arrêt de renvoi du 22 juillet 2019, l'intimé a fait réaliser une expertise médicale pluridisciplinaire par Q._____ et s'est basé sur les conclusions de l'expertise pour rendre la décision litigieuse. a) Il convient tout d'abord de constater que le rapport d'expertise remplit les requis juridiques permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical, ils ont tenu compte des plaintes du

recourant, et ont dressé une anamnèse détaillée aussi bien sur le plan personnel et familial que

- 11 - professionnel, social et médical. Chaque expert a procédé à un examen clinique complet et s'est prononcé de manière circonstanciée sur les diagnostics retenus et leurs éventuelles conséquences sur la capacité de travail. Par ailleurs, l'expertise comporte des conclusions claires et motivées. b) Dans le rapport d'expertise, les experts ont recueilli les plaintes du recourant, à savoir des troubles de la mémoire depuis une anesthésie générale réalisée dans le cadre de l'exérèse d'un kyste sacro-coccygien en 2012, des douleurs dans le bas du dos, des douleurs des jambes permanentes, surtout au réveil, avec parfois une perte de force des membres inférieurs, qui l'oblige à se mettre à genoux, accompagnées parfois de fourmillements, des douleurs des bras, en particulier dans les articulations des coudes et des poignets, ainsi qu'au niveau des épaules. Le recourant évoquait aussi une baisse de moral et se disait dépressif (pp. 8, 9 et 21 du rapport d'expertise). Sur le plan de la médecine interne générale, l'expert a posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de diminution de l'acuité visuelle à droite congénitale, de souffle cardiaque anorganique de l'enfance, d'obésité avec BMI à 38,6, de status après exérèse d'un kyste sacro-coccygien par trois interventions en 2012 et d'hypertension artérielle équilibrée sous traitement depuis fin 2019. A l'examen neurologique, l'expert interniste a observé que les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques, mais peu vifs. Le réflexe cutané plantaire était en flexion. Il n'y avait pas de syndrome pyramidal, pas de syndrome extrapyramidal, pas de syndrome méningé, ni de syndrome vestibulo-cérébelleux. L'examen des paires crâniennes était sa particularité. La sensibilité superficielle ne montrait pas d'anomalie avec un examen du piquer-toucher normal et symétrique aux quatre membres. L'expert constatait seulement une discrète diminution de la pallesthésie au niveau de l'extrémité du membre inférieur droit par rapport au membre controlatéral. Il n'y avait pas de diminution de la force

- 12 - musculaire évidente au niveau des membres inférieurs (p. 11 du rapport d'expertise). Sur le plan de la médecine interne générale, il n'y avait pas de symptomatologie franche évoquée. L'expert a noté que le traitement antihypertenseur semblait être efficace sur l'hypertension artérielle qui, au jour de l'examen, était à la limite de la norme dans un contexte probablement anxigène pour l'assuré (p. 12 du rapport d'expertise). Le diagnostic de dépression, évoqué par le recourant, n'a pas été retenu lors de l'examen. L'expert a constaté que le recourant était souriant tout au long de l'entretien, qu'il ne montrait pas de véritable tristesse, qu'il n'y avait aucun tremblement et que le visage était détendu (p. 11 du rapport d'expertise). Il a aussi relevé qu'il n'y avait pas de manifestation anxieuse, que le recourant s'occupait bien de ses enfants, qu'il pouvait exercer de nombreuses tâches ménagères et qu'il continuait à avoir une vie sociale correcte, même s'il revendiquait un besoin d'isolement (p. 13 du rapport d'expertise). L'expert a noté que l'expertisé était assez démonstratif concernant les douleurs dorso-lombaires et il lui semblait qu'il y avait une exagération de la symptomatologie douloureuse (p. 12 du rapport d'expertise). Dans son appréciation, il a relevé qu'il y avait peu de difficultés dans ce dossier puisque l'assuré ne présentait pas d'atteinte évidente et que les difficultés résidaient surtout dans la perception pessimiste de son état de santé et le sentiment de dépression (p. 13 du rapport d'expertise). Il a conclu à une pleine capacité de travail depuis toujours et à l'absence de limitations fonctionnelles d'un point de vue de la médecine interne générale. c) Sur le plan rhumatologique, l'expert a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de

douleur dorso-lombaire, et, celui sans impact sur la capacité de travail, d'obésité. L'expert rhumatologue a constaté une douleur dorso-lombaire déclenchée à l'examen clinique, en particulier en rotation du tronc, sans douleur lombaire basse à la palpation, sans irradiation neurologique, sans signe de Lasègue, ni signe de Léri, ainsi que des réflexes ostéotendineux normaux. Les douleurs n'étaient pas accompagnées d'un dérouillage matinal et le recourant

- 13 - n'était pas obligé de se reposer régulièrement dans la journée, ni de s'allonger. Il pouvait rester au moins une heure assis, comme il l'avait montré pendant l'expertise ou pendant le trajet pour venir sur le lieu de l'expertise. L'examen des épaules était normal. Il en allait de même de l'examen des coudes, des poignets et des mains, dont la mobilisation était indolore et les amplitudes respectées. Concernant la paresthésie du pouce droit dont se plaignait le recourant, l'expert ne retrouvait aucune hypoesthésie à l'examen objectif. L'expert ne retrouvait aucune hypoesthésie des membres inférieurs, ni aucun déficit moteur. Les paresthésies et les douleurs des membres inférieurs n'étaient sous-entendues par aucune preuve clinique, ni radiologique, puisque l'IRM ne montrait aucun signe de compression radiculaire ni de signe de myélopathie (pp. 23-25 du rapport d'expertise). Selon l'expert rhumatologue, il existait des incohérences entre les plaintes du recourant et la description de son activité journalière, qui montrait qu'il était parfaitement capable de s'occuper de ses deux enfants, en particulier de garder sa fille de dix-sept mois toute la journée, et de faire tous les gestes de la vie quotidienne (p. 25 du rapport d'expertise). L'expert a aussi relevé que le recourant situait le niveau de sa douleur sur l'échelle visuelle analogique à 5/10, sans prendre aucun antalgique et sans faire de la physiothérapie. Quant à la fatigue alléguée, elle était incompatible avec l'absence de sieste ou de période de somnolence au cours de la journée (p. 25 du rapport d'expertise). Sur le plan rhumatologique, l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à 10 kg, éviter le piétinement et changement de position régulier. Comme paysagiste ou poseur de clôtures, la capacité de travail était nulle depuis septembre 2016, ces activités ne respectant pas les limitations précitées. En revanche, dans une activité adaptée, l'expert rhumatologue a conclu à une pleine capacité de travail. d) Concernant le volet pneumologique, le rapport d'expertise mentionne que le recourant signalait des apnées, des ronflements depuis

- 14 - toujours, d'avoir un sommeil non réparateur et d'être fatigué la journée depuis 8 ou 10 ans, la fatigue étant stable depuis longtemps sans aggravation récente. Le recourant évoquait aussi des troubles de la mémoire et de la concentration depuis 8 ou 9 ans (p. 15 du rapport d'expertise). Concernant les habitudes de sommeil, le rapport d'expertise mentionne que l'expertisé se couchait vers 22h-23h, s'endormait en quelques minutes, se réveillait une à deux fois la nuit sans raison ou à cause de douleurs dans le dos, ou encore à cause des bruits (sa deuxième fille ayant seulement 17 mois). Ces réveils duraient de quelques minutes à 30 minutes. Il se réveillait à 5h-6h et se levait. Il avait l'impression qu'il dormait environ 5 heures sur les 7 heures passées au lit. L'éveil le matin était spontané, facile et la mise en route rapide. Malgré tout, il trouvait que son sommeil n'était pas du tout réparateur (p. 15 du rapport d'expertise). L'expert a relevé que le syndrome des apnées nocturnes était sévère d'après la polygraphie effectuée en 2017, mais peu symptomatique. Ce trouble entraînait un sommeil non réparateur et une fatigue diurne, mais il n'y avait pas de somnolence la journée, le recourant présentant des symptômes de somnolence uniquement le soir devant la télévision. L'expert estimait probable qu'une grande partie de la fatigue

alléguée par le recourant ait une autre cause, puisqu'en 2012, lorsqu'il présentait déjà une fatigue, le syndrome des apnées nocturnes était limite. L'expert a conclu à une capacité de travail de 100 %, avec un rendement diminué de 30 %, à cause de la fatigue engendrée par le syndrome des apnées nocturnes non traité (p. 18 du rapport d'expertise). Comme limitations fonctionnelles, il fallait éviter les travaux de précision nécessitant concentration et mémoire. Avec la mise en place d'un traitement pour le syndrome des apnées nocturnes, la capacité de travail et le rendement seraient ainsi de 100 % (p. 19 du rapport d'expertise). A ce propos, l'expert a relevé qu'un essai de traitement par CPAP nasal avait échoué, et que le recourant ne s'était pas vu proposer d'essayer d'autres masques, ni un traitement par orthèse ou par harnais de positionnement, même si l'expert a émis des doutes sur la possibilité de mettre en place de tels traitements dans le cas du recourant (pp. 18-19 du rapport d'expertise). Selon l'expert pneumologue, une perte de poids d'au moins 10 % pouvait suffire à traiter le syndrome des apnées nocturnes.

- 15 - e) A l'examen du dossier, force est de constater qu'aucun rapport médical ne permet de mettre en doute les constatations et conclusions de l'expertise de Q._____. Les diagnostics posés par les experts ne sont pas en contradiction avec ceux posés par la Dre G._____ qui, outre la pathologie lombaire, avait retenu, en janvier 2018, l'existence d'un SAOS de degré sévère et une obésité. A noter qu'aucun élément du dossier ne permet de retenir le diagnostic de dépression allégué par le recourant, qui n'est d'ailleurs évoqué dans aucun rapport de la Dre G._____. Il n'y a pas non plus de divergences entre les limitations fonctionnelles retenues par les experts (pas de travail de précision nécessitant de la concentration et mémoire, pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à 10 kg, éviter le piétinement et changement de position régulier) et celles posées par la Dre G._____ dans ses rapports des 24 mars et 23 juin 2017 (alternance des positions assise et debout, pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de mouvements de rotations ni se pencher). Concernant la capacité de travail, la Dre G._____ l'a estimée à 50 % en janvier 2018, en expliquant que dans ses précédentes appréciations, elle avait omis de prendre en considération la fatigabilité des positions, l'impact de l'obésité qui augmentait les douleurs dorsales, et la fatigabilité engendrée par le SAOS. La fatigabilité causée par le SAOS a été prise en compte par les experts, qui ont retenu, sur le plan pneumologique, une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 30 % liée à cette fatigabilité. S'agissant des douleurs dorso-lombaires, les experts ont expliqué de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles ils retenaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La Dre G._____ était également d'avis en mars et juin 2017 que les troubles lombaires à eux seuls n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Sa nouvelle appréciation de janvier 2018 semble reposer uniquement sur les douleurs alléguées par le recourant, sans que ce médecin n'apporte d'éléments objectivables permettant de justifier une diminution de la capacité de travail en lien avec les troubles lombaires. Par ailleurs, les experts ont relevé une exagération de la symptomatologie douloureuse

- 16 - dorso-lombaire et des incohérences entre la description de l'activité journalière du recourant (décrites en pp. 10, 16 et 23 du rapport d'expertise) et ses plaintes. Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de s'écarter des conclusions des experts de Q._____. f) Les griefs du recourant selon lesquels les experts ne lui ont pas accordé suffisamment de temps, ne lui ont pas donné l'opportunité de s'exprimer sur son réel état de

santé et n'ont pas tenu compte de ses problèmes de santé ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante de l'expertise. S'agissant tout d'abord de la durée, le rapport d'expertise mentionne 1h30 pour l'examen pneumologique, ce qui ne permet pas de corroborer l'allégation du recourant selon laquelle l'entretien avec le pneumologue a duré cinq minutes. Quoi qu'il en soit, la durée de l'examen clinique pratiqué par un expert n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (TF 9C_76/2014 du 8 avril 2014 consid. 5 et les références). Ensuite, à la lecture du rapport d'expertise, on constate que les experts ont retranscrit l'intégralité des troubles à la santé allégués par le recourant. Ils ont également tenu compte de ses plaintes et déclarations pour établir une anamnèse complète et détaillée contenant aussi une description du parcours professionnel et du déroulement de la journée type du recourant, ainsi que pour procéder à l'évaluation du cas. Ils ont en particulier pris en considération les plaintes du recourant pour déterminer ses limitations fonctionnelles et retenir une diminution de rendement de 30 % en lien avec la fatigue qu'il a alléguée. Concernant le grief relatif à l'annulation de la polysomnographie et du test de latence multiple d'endormissement prévus initialement au [...], il n'est pas non plus de nature à remettre en cause les constatations et conclusions de l'expertise. En effet, les experts ont pris en compte la problématique liée au SAOS et ses conséquences sur la capacité de travail. Ils ont par ailleurs expliqué les raisons qui les avaient conduits à renoncer à ces examens dont les résultats, bien que pouvant être intéressants, n'auraient pas modifié leurs conclusions (p. 5 du rapport d'expertise). Enfin, les impressions du recourant sur le déroulement de l'expertise ne sont pas de nature à remettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise, d'autant moins que rien au dossier

- 17 - ne laisse transparaître une prévention des experts. L'expert, qui doit être impartial et avoir un comportement neutre, ne peut pas se fonder seulement sur les éléments subjectifs rapportés par l'expertisé, mais doit aussi se baser sur ses propres constatations et sur les éléments objectifs du dossier, même si cela peut occasionner un sentiment déplaisant auprès de l'expertisé. g) Au vu de ce qui précède, la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée retenue par l'intimé sur la base du rapport d'expertise de Q._____ ne prête pas le flanc à la critique. 5. Il y lieu d'examiner le préjudice économique subi par le recourant. a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

- 18 - entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222). c) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). d) En l'espèce, l'intimé a calculé le revenu d'invalidité et sans invalidité en se référant au salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) qui était de 64'080 fr. en 2016 (ESS 2016, Tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1). Après indexation et prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 67'070 fr. 61 pour 2017. A noter que ce revenu sans invalidité est favorable au recourant, puisqu'il est supérieur au salaire qu'il a effectivement perçu dans ses

- 19 - dernières activités professionnelles. Pour calculer le revenu annuel avec invalidité, fixé à 44'601 fr. 96, l'intimé a tenu compte de la diminution de rendement de 30 %, et a procédé à un abattement supplémentaire de 5 % en raison du taux d'occupation de 70 %, qui pouvait engendrer un désavantage salarial. Les revenus avec et sans invalidité ne sont pas critiquables. Ils ne sont du reste pas contestés par le recourant. Leur comparaison aboutit à un degré d'invalidité de 33,34 % ($(67'070,61 - 44'601,96) / 67'070,61 \times 100$), qui n'atteint pas le seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI). C'est ainsi à juste titre que l'intimé a refusé d'octroyer une rente au recourant. e) L'intimé était également fondé à refuser des mesures d'ordre professionnel, dès lors que les activités adaptées exigibles de la part du recourant sont à sa portée sans nécessité d'une réadaptation. 6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par des investigations médicales complémentaires. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a). 7. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

- 20 - b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 28 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - D._____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 21 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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