

VD_GERICHTE ZD24.000355 vom 15. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.000355

FR: VD_GERICHTE ZD24.000355 du 15 avril 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.000355 del 15 aprile 2026

Erwägungen

E. 4

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 10J010

- 13 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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 10J010

- 14 - 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 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature 10J010

- 15 - à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). d) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1)

E. 4.1

; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 5

a) En l'espèce, il est constant que le recourant est durablement et totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de chauffeur-livreur depuis le 7 juillet 2021. Dans sa décision attaquée, l'intimé estime qu'il dispose en revanche d'une capacité de travail exigible de 70 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de travail prolongé assis ou debout au-delà de 45 minutes, pas de travail statique debout

au-delà de 20 minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répétées au-delà de 10 kilos, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail prolongé accroupi ou à genoux) depuis le 27 janvier 2022, suivant en cela l'examen clinique rhumatologique établi le 1er mai 2023 par le Dr D._____, médecin au SMR. Le recourant conteste, pour sa part, la valeur probante de cet examen clinique. A son sens, les rapports établis par d'autres spécialistes en rhumatologie jetaient le doute sur les conclusions du médecin du SMR, de sorte que l'intimé aurait dû confier la réalisation d'une expertise à un médecin indépendant. 10J010

- 16 - Partant, il sied d'examiner la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique établi le 1er mai 2023 par le Dr D._____. b) Sur le plan formel, le rapport en question remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder valeur probante, puisqu'il synthétise les éléments médicaux au dossier depuis 2018, dresse une anamnèse détaillée du recourant sur le plan familial, scolaire, professionnel et médical, répertorie les plaintes de celui-ci, fait état d'une journée-type et de ses habitudes et rend compte de ses examens cliniques et de son appréciation. c) Le Dr D._____ a, au terme de son examen, posé le diagnostic principal de spondylarthrite axiale avec fusion des sacro-iliaques, syndesmophytes étagés au niveau cervico-dorsal, avec les diagnostics associés d'hypercyphose dorsale et de surcharge articulaire postérieure. Au niveau du rachis, l'intéressé présentait un trouble statique modéré avec une hypercyphose dorsale ; il ressentait des douleurs à la mobilisation dans toutes les directions de la nuque, avec une limitation légère à importante selon les axes ; de façon discordante, il ne présentait pas de douleurs à la palpation, pas de contracture et les mouvements automatiques de la nuque étaient normaux, de sorte que le médecin a exclu un syndrome rachidien cervical. Le Dr D._____ a relevé que la mobilité dorsale était seulement légèrement restreinte et que la mobilité lombaire était légèrement restreinte en flexion, la mise sous tension des sacro-iliaques par la manœuvre de FABER étant indolore à droite et déclenchant une douleur de l'aîne et des genoux à gauche, mais pas de douleurs à proximité des sacro-iliaques. La lecture du dossier radiologique montrait qu'en septembre 2018, l'assuré présentait déjà une ankylose de ses articulations sacro-iliaques, sans atteinte de spondylarthrite au niveau cervical-dorsal ou lombaire ; le bilan de 2023 mettait en évidence des syndesmophytes étagés modérés au niveau cervical et dorsal, sans fusion ou colonne bambou ; l'hypercyphose dorsale avait augmenté à 70° ; le médecin du SMR a ainsi constaté la surcharge postérieure L4-L5 et l'anomalie transitionnelle L5-S1 gauche, décrite par le radiologue en 2021. 10J010

- 17 - Selon lui, alors que la spondylarthrite avait été mise en évidence en 2018, il n'y avait pas eu dans l'intervalle d'aggravation conséquente, malgré le fait que l'assuré ne bénéficiait pas d'un traitement de fond et qu'il ne prenait pas régulièrement d'anti-inflammatoires. S'il existait certes une légère péjoration depuis 2018 des troubles radiologiques au niveau cervico-dorsal, la fusion des sacro-iliaques était antérieure à 2018 et s'était formée sur de nombreuses années. L'assuré avait donc été capable, malgré l'atteinte de ses sacro-iliaques, de fonctionner comme chauffeur-livreur. Le Dr D._____ estimait ainsi que le degré d'activité du rhumatisme inflammatoire devait être considéré comme faible. Du reste, lors des mesures de formation réalisées chez H._____ du 29 novembre 2021 au 26 janvier 2022, le recourant avait pu assurer un taux de présence de 86 % avec un rendement de 81 % ; il avait à cette occasion réalisé la préparation de livraisons, organisé le voyage et

l'itinéraire des véhicules et vérifié les marchandises, ainsi qu'effectué un entretien régulier des véhicules et transporté des personnes. Il ressortait en outre du rapport du 26 janvier 2022 du Service de l'emploi que l'assuré était très efficace, capable de produire un travail de qualité avec un rythme constant, durable, adapté aux exigences de la tâche, sans stimulation externe pour la conduite et sans port de charges. Le fonctionnement de l'assuré dans le dernier stage effectué montrait ainsi des capacités nettement supérieures à celles qu'annoncées par celui-ci. Le Dr D. _____ a relevé que l'assuré faisait preuve d'un comportement algique marqué, étant d'avis qu'il présentait une amplification des symptômes. En définitive, le Dr D. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail prolongé assis ou debout au-delà de 45 minutes, pas de travail statique debout au-delà de 20 minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de ports de charges répétés au-delà de

E. 10

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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