

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 janvier 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : M. Berthoud et Mme Férolles, assesseurs  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_, né en 1965, travaillait pour l'entreprise [...] en qualité d'installateur sanitaire depuis le 3 novembre 2003. Il a été en incapacité totale de travailler du 24 janvier au 6 juillet 2005, à 50 % du 7 juillet au 4 septembre 2005 et à 100 % dès le 5 septembre 2005.

Le 10 avril 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) en sollicitant l'octroi d'une rente et en faisant état de problèmes aux genoux, aux pieds et à l'œsophage, ainsi que de céphalées chroniques graves.

Le 12 mai 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_, gastroentérologue FMH, a informé l'Office AI qu'il avait rencontré l'intéressé une seule fois pour une gastroscopie le 21 juin 2005. Sur la base de cet examen, il a retenu une implication du reflux gastro-œsophagien chronique sur toux et proposé un traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons avec une gastroscopie de contrôle une année plus tard.

Dans un rapport médical du 19 mai 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_, interniste FMH et médecin traitant, a posé le diagnostic suivant :

« Ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- céphalées chroniques d'origine indéterminée (post-traumatique ?);
- fasciite plantaire bilatérale;
- toux chronique sur reflux gastro-oesophagien;
- douleurs chroniques des genoux, probablement d'origine arthrosique.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- tuberculose latente traitée en 1996;
- status après un accident de moto dans les années 90 avec traumatisme de la face et TCC;
- status après TCC en 2002 (chute d'une échelle);
- kyste arachnoïdien postérieur probablement congénital.

Le praticien a relevé que la toux chronique sur reflux gastro-oesophagien n'avait pas complètement disparu malgré le traitement et que l'évolution de la fasciite plantaire gauche montrait des troubles à la marche importants et persistants. Il a précisé que les céphalées rendaient la reprise du travail difficile.

Dans un rapport médical du 6 juin 2006, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et maladies rhumatismales, a indiqué qu'il avait traité l'assuré tout d'abord en raison de douleurs au pied gauche, puis lorsqu'il avait subi une distorsion de la cheville droite à la suite d'un accident survenu le 2 février 2006. Il a diagnostiqué ce qui suit :

« Ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- aucun sur le plan rhumatologique.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- talalgies gauches, fasciite plantaire;
- chondropathie rotulienne bilatérale prédominante à gauche;
- « arthrite » de la cheville droite séquellaire d'une distorsion;
- probable syndrome douloureux chronique ».

En se référant au Dr M.\_\_\_\_\_, le praticien a mentionné que son patient était en incapacité totale de travailler depuis le 7 septembre 2005 et que, sur le plan purement rhumatologique, il n'y avait pas de trouble conduisant à une invalidité.

Dans un rapport médical du 3 avril 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a diagnostiqué des migraines chroniques ayant des répercussions sur la capacité de travail, en ce sens que l'assuré pouvait exercer son activité habituelle, mais avec une diminution de rendement variable en fonction des céphalées. Il a en outre indiqué que son état de santé s'améliorait, qu'il n'y avait pas de limitations professionnelles d'un point de vue strictement neurologique et que des migraines sans aura, même sévères, ne pouvaient expliquer une incapacité de travail à long terme dans la profession d'installateur sanitaire.

Le 8 juin 2007, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a estimé que les rapports des neurologue et rhumatologue prévalaient sur l'estimation de l'interniste. Au sens de l'assurance-invalidité, les troubles de santé présentés ne justifiaient pas une incapacité de travail durable et la capacité de travail de l'assuré était entière depuis toujours dans la profession d'installateur sanitaire.

Dans un projet de décision du 18 juillet 2007, en reprenant les motifs formulés par le SMR dans son rapport du 8 juin 2007, l'Office AI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations.

V.\_\_\_\_\_ a contesté ce projet de décision le 30 juillet 2007, en expliquant qu'il souffrait toujours des pieds et des genoux, qu'il avait subi trois accidents chez son employeur (en se blessant à l'épaule, à la cheville et au talon) et un accident chez lui suite à une perte d'équilibre, que son œsophage lui causait des problèmes en relation avec le pré-cancer diagnostiqué et que trois de ses doigts et son « palais » étaient restés paralysés pendant une semaine peu de temps auparavant.

Par décision du 29 novembre 2007, identique au projet de décision du 18 juillet 2007, l'Office AI a confirmé le refus de prestations.

**B.** Par acte du 25 décembre 2007, V.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 29 novembre 2007, en concluant implicitement à son annulation. En substance, il a estimé que l'Office AI n'avait pris en considération ni les avis des quatre médecins concernés ni les informations complémentaires qu'il avait données. Il a ajouté qu'il devait se faire opérer de l'œsophage.

Le 8 février 2008, l'Office AI a répondu qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée et proposé le rejet du recours.

Sur requête du juge instructeur, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 7 juillet 2009, qu'il avait revu l'intéressé en juin 2006, août 2006 et la

dernière fois en mai 2007, que celui-ci souffrait d'un endobrachyoesophage nécessitant une surveillance endoscopique étant donné le risque de développement d'un cancer et que cela ne justifiait aucune incapacité de travail. Il a précisé que les dernières indications subjectives du patient étaient une toux légère et l'absence de brûlures oesophagiennes.

Le recourant ne s'est pas déterminé sur ce dernier rapport médical et l'Office AI a maintenu ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1.** Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), abstraction même faite de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**3.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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.

Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt

qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**4.** Le recourant reproche à l'administration de n'avoir pas pris en compte les rapports médicaux au dossier, soit d'avoir ignoré ses problèmes aux genoux et aux pieds, ses forts maux de tête et son pré-cancer de l'œsophage.

En l'espèce, il convient tout d'abord de noter que, contrairement à ce qu'il soutient, l'intéressé ne souffre pas d'un pré-cancer de l'œsophage. En effet, dans sa lettre du 7 juillet 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ a clairement attesté, d'une part que son patient présentait un endobrachyoesophage sans qu'un cancer ou pré-cancer ne se soit développé et que, d'autre part, lors de la dernière consultation en mai 2007, ce dernier n'avait signalé qu'une toux légère et l'absence de brûlures œsophagiennes. Invité à se déterminer sur les déclarations du spécialiste, le recourant n'a d'ailleurs pas procédé ou fait valoir un autre argument médical à cet égard susceptible de justifier une incapacité de travail, notamment concernant une opération qu'il prétendait devoir subir dans son mémoire de recours du 25 décembre 2007.

Du point de vue rhumatologique, le Dr B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 6 juin 2007, a relevé un discret épanchement des genoux, des douleurs à la cheville droite consécutives à une distorsion en 2006, ayant toutefois bien répondu aux infiltrations, et une fasciite plantaire gauche sans lésion de stress osseux ou du tendon d'Achille. Hormis une probable évolution vers un syndrome douloureux chronique traité, rien n'indique que ces affections en tant que telles empêchent l'intéressé d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Quant aux migraines chroniques, le rapport du 3 avril 2007 du Dr C.\_\_\_\_\_ fait état d'un examen neurologique normal et consiste, pour l'essentiel, en une description des symptômes et du traitement de fond en cours. Il précise que des migraines sans aura, même sévères, ne peuvent justifier une incapacité de travail à long terme dans la profession d'installateur sanitaire et que l'état de santé de l'intéressé s'améliore, ce qui corrobore les déclarations de celui-ci (cf. mémoire de recours du 25 décembre 2007) selon lesquelles ses maux de tête diminuent grâce au traitement médicamenteux mis en place. Dans ces conditions, on ne saurait tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les migraines dont souffre le recourant sont d'une intensité telle qu'elles entraînent, globalement, une diminution de rendement ou une incapacité de travail. Enfin, on notera que le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant, ne se prononce pas de façon catégorique sur la reprise du travail par son patient, dans le sens où il la considère seulement comme difficile en raison des céphalées, sans pour autant l'exclure. A cela s'ajoute qu'il convient de retenir avec circonspection l'avis médical du médecin traitant qui, selon l'expérience, est généralement enclin à se prononcer en faveur de son patient en raison du lien de confiance qui l'unit à ce dernier.

C'est dès lors à juste titre que l'Office AI a considéré que les problèmes de santé de l'assuré étaient sans pertinence du point de vue de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail restait entière dans sa profession d'installateur sanitaire.

**5.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 49 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- V. \_\_\_\_\_
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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 :