

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2010

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1, 15 et 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré), né en 1953, originaire du Kosovo, a travaillé en qualité de manœuvre de démolition, notamment auprès de l'entreprise K._____ SA à Echallens du 7 mars 1994 au 21 juillet 2000.

Le 3 septembre 2000, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation sur l'autoroute à Vevey, lors duquel son véhicule a été percuté à l'arrière par une autre voiture; il a par la suite présenté une incapacité de travail totale. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) et par la D._____, assureur perte de gain de l'entreprise K._____, qui lui ont versé des indemnités journalières.

Dans un rapport du 12 juin 2001, le Dr T._____, chirurgie orthopédique FMH à Lausanne, a posé les diagnostics de syndrome somatoforme chronique douloureux survenu après un lumbago le 21 juillet 2000 et de douleurs thoraciques gauches résiduelles après contusion thoracique le 3 septembre 2000. Il a émis un pronostic défavorable quant à une reprise de l'activité de manœuvre et a proposé un changement d'activité professionnelle.

Le 30 juillet 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et de mesures médicales de réadaptation spéciales.

L'OAI a demandé l'avis de la Dresse F._____, du centre médico-chirurgical du Censuy, à Renens. Dans un rapport du 14 août 2001, celle-ci a indiqué que l'accident du 3 septembre 2000 avait causé une contusion thoracique avec fractures des côtes. Elle a relevé que l'assuré ne pouvait plus travailler avec un marteau piqueur sur les plafonds ni exercer un autre travail exigeant un effort physique des bras et a retenu une incapacité de travail de 100 % à 25 % à compter de

l'accident du 3 septembre 2000. L'OAI a également requis le dossier de la CNA.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'OAI s'est adressé au Dr L._____, médecine interne FMH et spécialiste en maladies rhumatismales à Lausanne, pour établir une expertise. Dans son rapport du 3 février 2004, ce médecin a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de surdité bilatérale mixte moyenne à sévère, de perte fonctionnelle de l'œil droit avec cataracte blanche traumatique, de céphalées de type migraineuses, de vertiges d'origine multifactorielle, de lombalgies chroniques non spécifiques et de douleurs thoraciques après contusion et fracture de côtes à gauche en septembre 2000. Ce praticien a relevé ce qui suit s'agissant de la capacité de travail:

"Compte tenu de la surdité bilatérale associée à une perte fonctionnelle de l'oeil droit entraînant des vertiges et parfois des chutes, la capacité de travail de l'assuré en tant qu'ouvrier sur les chantiers me paraît nulle actuellement. Auparavant le patient était en incapacité de travail tout d'abord pour des douleurs lombaire à la suite d'une chute sur le siège en juillet 2000 puis un traumatisme thoracique lors d'un accident de la circulation en septembre 2000. En juin 2001, dans l'expertise du Dr T._____, il est déjà fait mention de maux de tête et de vertiges. Les documents du service ORL du CHUV mentionnent la découverte d'une perforation totale du tympan droit sur otite moyenne chronique en avril 2002. En l'absence de renseignements plus précis il m'est difficile de dire si les troubles de l'audition existaient déjà en 2000 et 2001; néanmoins compte tenu du travail de maçon nécessitant des efforts contraignants pour le rachis, on peut estimer que l'incapacité de travail comme maçon est de 100% depuis le 21.07.2000 jusqu'à actuellement pour une durée indéterminée.

Sur le plan rachidien et thoracique, la reprise d'un travail adapté, c'est-à-dire permettant des changements de position assis-debout, évitant le port de lourdes charges et les stations en flexion antérieure et/ou rotation du tronc, pourrait théoriquement être possible. Compte tenu du handicap important de la surdité associée à une perte fonctionnelle de l'oeil droit, il me semble que des mesures professionnelles sous forme d'un stage, une fois l'appareillage acoustique effectué, permettraient de mieux préciser la capacité de travail résiduelle".

Le Dr L._____ a par ailleurs estimé que la reprise d'un travail de maçon ne lui paraissait pas envisageable. Il a indiqué que la question de l'exigibilité d'autres activités devait être évaluée après un appareillage

acoustique, dans le cadre d'un stage d'observation. En cas d'échec de ce stage, il s'est référé à une évaluation pluridisciplinaire et en particulier psychiatrique pour réévaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

L'assuré a ensuite été convoqué par le SMR pour un examen psychiatrique auprès de la Dresse G. _____, psychiatre FMH au SMR. En date du 1^{er} décembre 2004, celle-ci n'a constaté aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a relevé ce qui suit:

"Sur le plan psychiatrique il n'y a pas de maladie psychiatrique, pas de comorbidité psychiatrique, pas de trouble de la personnalité décompensée qui limiteraient sa capacité de travail. L'assuré ne présente pas d'état dépressif, au contraire de ce qui avait été relevé dans l'expertise du Dr L. _____, ce diagnostic n'étant par ailleurs pas étayé par l'anamnèse ni par l'examen clinique dans ladite expertise; il n'y a par ailleurs pas d'argument pour un état de stress post-traumatique en l'absence de toute anamnèse évocatrice - en particulier il n'y a pas de reviviscence de l'événement, il n'y a pas de flash-back - en l'absence de retrait d'émoussement émotionnel, d'anhédonie, d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. [...]

Sur le plan psychiatrique il n'y a pas d'incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle et la capacité de travail est sur le plan psychiatrique à 100 % dans une activité adaptée".

L'OAI s'est à nouveau adressé au Dr L. _____ et lui a posé des questions complémentaires ensuite de son expertise. Dans un rapport du 13 décembre 2004, ce médecin a indiqué que l'assuré présentait une limitation de la mobilité de la colonne cervicale modérée dans toutes les directions et une limitation de la mobilité du rachis dorsolombaire dans les inclinaisons latérales. Il a également indiqué que la capacité de travail de l'intéressé en tant que manœuvre dans une entreprise de démolition était nulle et que dans une activité adaptée, du point de vue ostéo-articulaire uniquement, la capacité de travail pouvait être complète.

Dans un rapport du 22 décembre 2004, le Dr E. _____ a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et de douleurs thoraciques persistantes post-traumatiques, ainsi qu'une incapacité de travail durable de 100 % depuis le 20 juillet 2000. Il a retenu

une capacité de travail entière dans une activité adaptée, précisant comme suit les limitations fonctionnelles:

"Pas de travaux lourds nécessitant des efforts en flexion-rotation ou porte-à-faux du tronc. Pas de port de charges important. Pas de travail nécessitant une bonne ouïe".

Par décision du 9 juin 2006, l'OAI a refusé le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Se basant sur l'enquête suisse sur la structure des salaires pour l'année 2001 dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé et en tenant compte d'un abattement de 15 %, l'OAI a retenu un revenu d'invalidité de 48'360 fr. 36. Après comparaison avec un revenu sans invalidité de 51'073 fr. 88 que l'assuré aurait pu réaliser dans son ancienne activité, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 5.31 %.

L'assuré a formé opposition les 4 et 13 juillet 2006, faisant valoir que ses problèmes de santé n'avaient pas été suffisamment examinés et sollicitant la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a déposé des certificats médicaux du Dr U._____, médecin traitant à Lausanne, attestant une incapacité de travail totale.

Par décision sur opposition du 11 mars 2008, l'OAI a maintenu sa position. Se référant à l'examen psychiatrique du 1^{er} décembre 2004, à l'expertise rhumatologique du 3 février 2004 ainsi qu'au rapport SMR du 22 décembre 2004, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a ajouté que le dossier, abondamment documenté, ne nécessitait pas la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a repris pour le surplus les arguments de sa décision du 9 juin 2006.

B. Par acte du 23 avril 2008, l'assurée a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances et a conclu implicitement à l'octroi à une rente, respectivement à des mesures professionnelles. Il prétend avoir été discriminé en raison de ses origines, fait valoir qu'il souffre de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire, de vertiges, de problèmes de

surdité, de problèmes de vue, de côtes cassées, de cholestérol, de pertes de connaissance et de dépression. En outre, il allègue qu'il a été victime de plusieurs accidents et qu'il a subi une opération à l'oreille. Il conteste la valeur probante des avis médicaux sur lesquels se fonde l'OAI et fait part de son intention de déposer de nouvelles pièces médicales. Il réitère sa position par courrier du 19 juin 2008, annonçant que le dossier sera complété par de nouveaux éléments.

C. Dans ses observations du 15 décembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que les avis médicaux sont suffisants pour déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré et que la production de nouvelles pièces n'est dès lors pas nécessaire. Il renvoie pour le surplus à ses précédents arguments.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et dans les formes prévues par la loi, est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) 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). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et s'il est de 50 % au moins à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble

des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 350, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

3. a) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, prestations qui lui ont été refusées dans la décision attaquée. Le recourant fait valoir en substance que son état de santé n'a pas été suffisamment investigué et remet en cause la valeur probante des rapports sur lesquels se fonde la décision attaquée.

b) Du point de vue somatique, l'assuré a fait l'objet notamment d'une expertise, établie le 3 février 2004 par le Dr L._____ et complétée par un rapport du 13 décembre 2004. Il en ressort que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Les constatations et conclusions de cet expert sont en outre corroborées par celles des autres praticiens qui ont examiné l'assuré, soit notamment les Drs T._____ et F._____. Dans son rapport du 22 décembre 2004, le SMR s'est du reste expressément référé à l'avis du Dr L._____ s'agissant notamment de la capacité de travail de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, on ne saurait suivre le Dr U._____

lorsqu'il retient dans plusieurs certificats médicaux - succincts et dénués de motivation - que l'assuré présente une incapacité de travail totale, ce d'autant plus que l'avis de ce praticien doit être apprécié avec les réserves d'usage étant donné qu'il est le médecin traitant de l'assuré.

Au demeurant, le Dr L._____ s'est basé sur les nombreux documents médicaux figurant au dossier (en particulier ceux de la CNA), une anamnèse détaillée, un examen complet du point de vue rhumatologique et les plaintes de l'assuré. Il a ensuite motivé son avis sur la base d'une appréciation médicale approfondie, dûment circonstanciée et étayée, avant de retenir des conclusions claires quant aux diagnostics, à la capacité de travail résiduelle et aux limitations fonctionnelles. Ainsi, une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise de ce praticien.

S'agissant des troubles dont se prévaut le recourant, les vertiges, la surdité, les céphalées, la perte fonctionnelle de l'œil droit, les douleurs thoraciques après contusion et fracture de côtes ainsi que des problèmes des poids (patient obèse) ont été expressément pris en compte par le Dr L._____ dans son expertise (p. 8 ss). Ce praticien, relatant les plaintes subjectives de l'assuré, a également évoqué que celui-ci se levait 5 à 6 fois par nuit (p. 5), de sorte qu'il a également pris en compte les troubles du sommeil. Quant aux troubles de la mémoire, on peut se demander s'ils sont avérés, étant donné qu'ils ne sont signalés par aucun praticien; il est pour le moins douteux qu'ils aient une incidence sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. On relèvera en outre que le recourant ne se fonde sur aucun document médical pour étayer les motivations de son recours, alors qu'il a fait part de son intention de déposer de nouvelles pièces.

c) Du point de vue psychique, notamment suite aux remarques du Dr L._____, qui a proposé une évaluation psychiatrique (expertise, p. 10), l'assuré a été soumis à une expertise, établie le 1^{er} décembre 2004 par la Dresse G._____. Celle-ci a écarté une maladie psychiatrique, une comorbidité psychiatrique, un trouble de la personnalité décompensée limitant la capacité de travail et un état

dépressif. Sur ce dernier point, elle a précisé qu'elle s'écartait de l'avis du Dr L._____, qui avait suspecté un état dépressif, voire un état de stress post-traumatique (expertise, p. 9). On retiendra donc l'avis de la Dresse G._____, psychiatre FMH, et on s'écartera de celui du Dr L._____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, ce qu'il a du reste expressément relevé. Pour le surplus, la psychiatre s'est fondée sur une anamnèse détaillée (notamment familiale, professionnelle et psychosociale), les différents rapports figurant au dossier et un status psychiatrique tenant compte du discours de l'assuré. Elle a également motivé ses conclusions sur la base d'une appréciation médicale claire, dûment étayée et exempte de contradiction, de sorte qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à son examen.

Pour sa part, le recourant prétend souffrir de dépression. Il ne se fonde toutefois sur aucun rapport médical, ne se réfère pas à un éventuel suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue et on peine à discerner, dans ces conditions, en quoi l'avis de la Dresse G._____ serait erroné. On retiendra donc que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

d) Par ailleurs, on ne voit pas comment le recourant aurait été discriminé en raison de ses origines, dès lors que les différents rapports ont été élaborés dans les règles de l'art et que l'intéressé, maîtrisant mal la langue française, a été accompagné d'un interprète lors des examens auprès respectivement du Dr L._____ et de la Dresse G._____. Ses plaintes subjectives, tant somatiques que psychiques ou psychosociales, ont du reste dûment été prises en compte par ces praticiens.

4. Le recourant ne conteste pas le calcul effectué par l'intimé pour déterminer son degré d'invalidité. Ce calcul est correct, dans la mesure où il se base sur une comparaison des revenus effectuée pour l'année 2001, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), étant donné que l'assuré présente une incapacité de travail depuis 2000 (rapport de la CNA et rapport du 14 août 2001 de la Dresse F._____) et où il se base sur un revenu d'invalidé (de 56'894 fr. 54) fondé sur les indications de

L'Enquête suisse sur la structure des salaires dans une activité simple et répétitive, en tenant compte de la durée hebdomadaire de l'horaire de travail et de l'évolution des salaires de 2000 à 2001 (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 129 V 475 consid. 4.2.1). Le taux d'abattement de 15 % du revenu d'invalidé paraît équitable au vu des circonstances et peut être retenu (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

S'agissant du revenu sans invalidité, le salaire de 51'073 fr. 88 retenu par l'OAI correspond au courrier de l'ancien employeur de l'assuré du 8 juillet 2005. Le calcul de comparaison des revenus avec et sans invalidité conduit ainsi à un degré d'invalidité de 5.31 % ainsi que l'a retenu l'OAI, lequel ne donne pas droit à une rente étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 40 % donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI) ni à des mesures d'ordre professionnel (art. 15 ss LAI), soit des mesures de reclassement professionnel, étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 20 % prévu par la jurisprudence (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Partant, le recours doit être rejeté.

5. Au vu de ce qui précède, il appert que le dossier est suffisamment complet pour que la cause puisse être tranchée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction sous forme d'une nouvelle expertise.

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 106 la 162 consid. 2b; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées).

6. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, ce dernier n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 11 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice par 250 francs (deux-cent cinquante francs) sont mis à la charge du recourant X._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

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).

Le greffier :