

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

P. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 14 octobre 2005, P. _____ (ci-après: l'assuré), né le [...] 1965, marié, employé de commerce de formation, a déposé une demande de prestations AI au motif d'une spondylodiscite.

a) Dans un rapport du 19 novembre 2005, le Dr Z. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics suivants:

- avec répercussion sur la capacité de travail:
 - lombosciatalgies bilatérales sévères non déficitaires sur troubles statiques,
 - maladie de Scheuermann, cyphoscoliose et spondylodiscite infectieuse D12-L1,
 - hernie discale L5-S1 médiane et bilatérale;
- sans répercussion sur la capacité de travail:
 - personnalité borderline à traits impulsif, narcissique et paranoïaque.

Ce médecin a estimé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et que celui-ci présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle de 50% en moyenne depuis début 2003. A son sens, aucun moyen n'était à même d'améliorer l'état de santé ou la capacité de travail. Par ailleurs, il a considéré que l'exercice d'aucune autre activité n'était exigible.

Il ressort des documents annexés au rapport du Dr Z. _____ (lettre de sortie du 17 avril 2003 et courrier du 15 juillet 2003 du CHUV ainsi qu'un rapport du 29 novembre 2004 du Centre Hospitalier Yverdon Chamblon) que l'assuré a séjourné au CHUV du 10 mars au 12 avril 2003 en raison d'une spondylodiscite D12-L1 à staphylocoque doré. Il a suivi un traitement conservateur consistant en une antibiothérapie parentale et en une immobilisation par coquille plâtrée. Le traitement a été efficace. L'assuré a quitté le CHUV en bon état général et apyrétique. Le traitement

antibiotique a duré un mois et le corset a été retiré trois mois après sa pose. Un mois après le retrait du corset, soit en juillet 2005, l'assuré ne prenait plus d'antalgique. En outre, les examens biologiques effectués ce mois-là étaient dans les normes et la radiographie de contrôle du 15 juillet 2003 était satisfaisante. L'évolution était, selon les médecins du CHUV, favorable. Quant au rapport médical rendu suite à une IRM réalisée en novembre 2005, il conclut notamment comme suit: "Pas d'argument en faveur d'une récurrence de la spondylodiscite. Status post ancien Scheuermann".

Dans un questionnaire pour l'employeur, N._____ Sàrl a répondu que l'assuré avait travaillé de janvier 1998 à mi-septembre 2005 en tant que gérant et a décrit son activité comme suit: port de poids de 5 kg maximum 2 ou 3 fois par jour; Part assis de 80%, debout de 10% et marcher de 10%; stress et froid.

b) Le 15 janvier 2007, le Dr L._____, médecin du SMR, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a procédé à un examen orthopédique de l'assuré. Son rapport comprend une anamnèse, un status, un rappel du dossier radiologique, des diagnostics et une appréciation du cas. Le Dr L._____ a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- dorsolombalgies chroniques avec sciatalgies non déficitaires plus marquées à gauche qu'à droite (M51.1);
- status après spondylodiscite D12-L1 à staphylocoque doré (M.46.3).
- hernie discale L5-S1 à gauche sans trouble neurologique (M51.2).

Il n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Pour le surplus, on extrait ce qui suit de ce rapport:

"On est frappé par le fait que l'assuré décrit des intenses douleurs, mais il ne prend pas d'antalgiques.

Le diagnostic de maladie de Scheuermann ne peut pas être confirmé en l'absence d'une hypercyphose et d'une cunéiformisation de plusieurs corps vertébraux dorsaux. La présence de nodules de Schmorl ne suffit pas pour établir ce diagnostic.

Les limitations fonctionnelles

Il peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise selon les douleurs. Il doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 7 février 2003.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il a repris son travail à 25% à partir du 23 septembre 2003 et à 50% à partir du 25 octobre 2003. Concernant la capacité de travail exigible, le métier de gérant d'un magasin de meubles respecte les limitations fonctionnelles, il n'y a pas de port de charges lourdes, il peut alterner la position assise avec la position debout. Le Dr Z._____, neurologue, dans son rapport de novembre 2005 considère que l'assuré a une capacité de 50% comme gérant d'un magasin de meubles. Après avoir examiné l'assuré, nous sommes convaincus que sa capacité de travail dans un travail adapté est supérieure à 50%. Une diminution de rendement de 30% en raison des douleurs est justifiée. Le traitement antalgique est largement susceptible d'être amélioré.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle qui est adaptée	100% avec diminution de rendement de 30%	une de
--	--	-----------

Depuis le 27 octobre 2003".

Le rapport SMR du 29 mars 2007 établi par la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine interne, reprend l'examen précité du Dr L._____.

c) Par projet de décision du 13 avril 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a proposé le rejet de la demande. Il a en outre insisté sur le fait que l'assuré est tenu de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son handicap sur sa capacité de travail, fût-ce au prix d'efforts importants. Or, selon l'OAI, on pouvait en l'espèce exiger de l'assuré qu'il prenne un traitement antalgique pour diminuer ses douleurs.

Par courrier du 20 avril 2007, l'assuré a fait opposition au projet de décision, remettant en cause la valeur probante du rapport d'examen du Dr L._____. Dans un courrier du 29 mai 2007, le médecin traitant a informé la Dresse T._____, qu'à la différence de ce qu'a affirmé le Dr L._____, l'assuré suivait depuis plusieurs fois un traitement antalgique et anti-inflammatoire (Xefo 8 mg 2 cp/jour et Tramal 100 retard

2 cp/jour). Il a en outre déclaré que "depuis le début de sa maladie, le patient ne fait plus d'efforts et consacre le peu de temps disponible 'sans douleur' à des travaux de vente et de bureau" et a précisé que l'assuré a dû profondément adapté son activité professionnelle (engagement d'employés supplémentaires, diminution du nombre d'exposition, pratiquement plus de visite à domicile des clients, etc.). Dans un courrier du 26 juin 2007, ce médecin a estimé que le traitement conservateur était à cette date maximal et qu'aucun autre traitement, en particulier chirurgical, n'était indiqué.

Dans un avis médical du 15 août 2007, les médecins du SMR (Dresse F. _____ et Dr J. _____) ont estimé que le médecin traitant n'apportait pas d'élément nouveau de nature à modifier la position du SMR. A leur sens, le Dr L. _____ avait correctement prise en compte l'atteinte rachidienne, sur la base d'un examen clinique approfondi et des éléments du dossier. Le défaut de mention de la prise de deux comprimés de Tramal 100 retard par jour n'était pas susceptible de modifier les limitations fonctionnelles retenues. Le rapport SMR de la Dresse T. _____ demeurait ainsi, selon eux, pertinent.

d) Par décision du 19 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Par acte du 13 juin 2008, P. _____ a recouru contre la décision de l'OAI. Il soutient ne plus pouvoir travailler de manière régulière en raison de dorsolombalgies chroniques et avoir tenté, sans succès, tous les traitements et médicaments consultés par ses médecins. Il déclare qu'aucune opération ne lui est conseillée, conteste le taux d'incapacité de travail retenu par le Dr L. _____ et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Dans sa réponse du 14 octobre 2008, l'OAI confirme le bien-fondé de la décision entreprise et conclut au rejet du recours.

Par courrier du 24 octobre 2008, le juge instructeur a fixé au recourant un délai au 14 novembre 2008 pour fournir des observations supplémentaires, produire des pièces et présenter des réquisitions. Le délai a par la suite été prolongé deux fois, à la requête du recourant, jusqu'au 12 janvier 2009. Compte tenu de l'absence de réaction de la part du recourant, le juge instructeur a accordé le 23 janvier 2009 un ultime délai au 13 février 2009, avertissant le recourant qu'à défaut de réponse, l'autorité statuerait en l'état du dossier, conformément à l'art. 30 LPA-VD. Le recourant n'y a pas donné suite.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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. 58 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). 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).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

Selon la Haute Cour, 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 traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

c) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence la Cour de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Conformément à l'art. 30 al. 1 LPA-VD, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dont elles entendent déduire des droits. Lorsque elles refusent de prêter le concours qu'on peut attendre d'elles à l'établissement des faits, l'autorité peut statuer en l'état du dossier (art. 30 al. 2 LPA-VD).

3. a) En l'espèce, le recourant conteste la validité du rapport médical établi par le Dr L._____, médecin du SMR, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Cependant, il n'a ni motivé ni étayé ou offert d'éléments de preuve justifiant sa contestation, alors même que la Cour de céans lui a accordé à cette fin un délai de quatre

mois, plusieurs fois prolongé. Or, le rapport médical du Dr L._____, comprenant une anamnèse, des observations objectives, un rappel du dossier radiologique, des diagnostics, une appréciation du cas et des conclusions motivées et étayées, satisfait les conditions exigées par la jurisprudence en matière de force probante. S'agissant du défaut de mention de la prise de Tramal, celui-ci, qui semble-t-il pourrait être imputé au recourant selon les dires du SMR - ce que le recourant n'a pas contesté -, n'a aucune incidence sur l'appréciation et les conclusions du Dr L._____. Dans ces circonstances, on ne voit pas pour quelle raison on devrait s'écarter du rapport contesté par le recourant, d'autant plus que, d'une part, ce dernier n'a pas pu susciter le moindre doute quant à la validité de ce rapport, lequel a, d'autre part, été approuvé par trois autres médecins.

En ce qui concerne les différents avis du Dr Z._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, ceux-ci n'emportent pas la conviction. En effet, à la différence du Dr L._____, le Dr Z._____ n'a ni motivé ni étayé ses propos, notamment en ce qui concerne la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant, et ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles. Il n'a fait que déclarer que le recourant présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle et que l'exercice d'une autre activité n'était pas exigible. En outre, s'agissant du défaut de mention dans le rapport du Dr L._____ des antalgiques pris par le recourant, il convient de relever - outre le fait, comme déjà mentionné auparavant, qu'un tel défaut est sans incidence sur l'appréciation et les conclusions du Dr L._____ - que le Dr Z._____ n'a pas fait mention de la prise de tels médicaments dans son rapport du 19 novembre 2005. Certes, il est vraisemblable qu'à cette date-là, le recourant ne suivait pas un tel traitement - le Dr Z._____ soulignant dans son courrier du 29 mai 2007 que le recourant prenait ces médicaments "depuis plusieurs mois" -, toutefois ce médecin a attesté dans son rapport du 19 novembre 2005 qu'aucun autre moyen, dont font partie ces médicaments, n'était à même d'améliorer l'état de santé ou la capacité de travail du recourant. Dans ces circonstances, la prise subséquente de Tramal, voire de Xefo, devrait être selon les dires de ce

médecin sans influence sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant. On ne comprend dès lors pas pour quelle raison ce médecin soutient par la suite que la validité du rapport du Dr L._____ est remise en cause en raison du défaut de mention de ces médicaments.

Au demeurant, il convient, compte tenu de la jurisprudence en la matière, d'admettre avec réserve l'opinion du médecin traitant. Dans ces circonstances, les avis du Dr Z._____ ne sont pas de nature à susciter un doute sur la pertinence et la validité du rapport du Dr L._____.

En l'absence d'élément objectif contraire, le rapport du 1^{er} février 2007 de ce dernier, ainsi que les avis médicaux SMR subséquents fondés sur ce dernier, a valeur probante. La situation médicale du recourant est clairement établie, de sorte qu'aucune mesure d'instruction complémentaire est nécessaire. Par conséquent, c'est à bon droit que l'OAI s'est fondé sur les pièces établies par le SMR pour rendre la décision entreprise.

b) Compte tenu du descriptif d'activité établi par N._____ Sàrl, il convient de constater que l'activité habituelle exercée par le recourant est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le fait que celui-ci se soit entre-temps mis à son compte ne modifie en rien cette appréciation, l'activité exercée tant en tant qu'employé qu'indépendant étant sensiblement identique. En outre, comme l'a relevé le recourant, il a pu adapter l'exercice de son activité professionnelle à son état de santé. Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'activité habituelle était adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le recourant présentait une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30%. Dans ces circonstances, son degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le recourant n'a pas droit à une rente AI.

4. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas représenté (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant P._____.

- 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:

- P. _____,
- 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: