

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Dind et Mme Röthenbacher
Greffier : M. Laurent

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8 al. 1, 16 LPGA; 4 al. 2 LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. a) F._____ est né le 31 décembre 1950. Marié, il est le père de deux enfants majeurs. Après avoir suivi l'école primaire, il a effectué un apprentissage et a obtenu, en 1970, un certificat fédéral de capacité de serrurier en carrosserie. Dès le 1^{er} janvier 1984, il a travaillé au sein de la société B._____ SA.

Le 24 juillet 2006, F._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant au versement d'une rente "à 50 %". Il a précisé avoir, en 1997, 2003 et 2005, subi trois opérations pour des hernies hiatale et ombilicale. Ensuite de la troisième opération, une nouvelle intervention avait dû être effectuée pour une cure d'éventration, au mois de mai 2005. L'assuré a relevé qu'il souffrait depuis lors de grandes difficultés à digérer, ainsi que de nausées et de fatigue persistantes. F._____ a précisé qu'il ressentait une oppression du sternum lui donnant des symptômes cardiaques, ainsi que de douleurs abdominales dès l'effort et la marche. L'assuré s'était trouvé en incapacité de travail totale du 2 mars au 16 décembre 2005 en raison des opérations chirurgicales précitées, puis du 17 décembre 2005 au 31 mars 2006, après s'être cassé le col du fémur. Il avait repris le travail à 50 % dès le 1^{er} avril 2006.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 29 août 2006, la société B._____ SA a indiqué que l'assuré avait travaillé à plein temps, en qualité de serrurier sur véhicules lourds, jusqu'au 2 mars 2005. Cette activité impliquait le port de poids de 40 kg une fois par semaine et de 20 kg tous les jours. Elle s'exerçait principalement en marchant et supposait des changements de position. Depuis le 16 avril 2006, le salaire mensuel de F._____ était de 6'327 fr. 85, à plein temps. Son rendement correspondait toutefois à un salaire de 5'695 fr. par mois. L'employeur a précisé que, depuis la reprise du travail à 50 %, l'assuré occupait un poste adapté dans un atelier. Il évitait le port de lourdes charges et les positions difficiles.

Le 28 septembre 2006, le Dr X._____, du Service de Gastro-entérologie et d'Hépatologie du CHUV, a transmis à l'Office de l'AI pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) divers rapports concernant l'assuré, qu'il avait reçu à trois reprises à sa consultation entre les mois d'octobre 2005 et de février 2006. Il en ressortait que F._____ présentait une dyspepsie post fundoplicature selon Nissen et cure d'événtration avec filet. L'assuré avait signalé la présence de nausées sans vomissement, d'inappétence et d'une grande asthénie. Ensuite de la dernière consultation, le Dr Felley avait estimé peu probable qu'une adaptation du traitement médicamenteux puisse conduire à une amélioration de l'état du patient.

b) Le Dr J._____, médecin traitant de l'assuré, a rendu un rapport médical le 5 octobre 2006. Il a posé les diagnostics suivants ayant selon lui une répercussion sur la capacité de travail de son patient : dyspepsie sévère post-multiples interventions chirurgicales, status post cure de hernie hiatale selon Rossetti par voie laparoscopique le 19 septembre 1997, status après iléus grêle mécanique traité conservativement en 2001, status post cure de hernie hiatale para-oesophagienne le 12 mars 2003 par laparotomie, status post cure de hernie hiatale récidivante selon Nissen par laparotomie au mois de mars 2005, status post cure d'événtration sus-ombilicale au mois de mai 2005 et status post fracture du col fémoral droit sur chute et ostéoporose clinique en décembre 2005. Le Dr J._____ a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail d'au moins 20 % dans l'activité de serrurier sur véhicules lourds. Il a précisé que F._____ avait été en incapacité complète de travailler du 2 mars 2005 au 31 mars 2006, puis à 50 % de manière constante dès le 1^{er} avril 2006. Ce médecin a jugé l'état de santé de l'assuré stationnaire. Selon lui, l'incapacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales, mais des mesures professionnelles étaient indiquées.

Le Dr J._____ a exposé que l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse gastro-intestinale depuis les années 1990. Après avoir été opéré en 1997 et en 2003 en raison de hernies, F._____ a subi une nouvelle intervention le 29 mai 2005, sous forme de cure

d'éventration avec pose d'un filet Ultrapro. Selon son médecin, les suites chirurgicales ont été simples. En revanche, le patient s'était de plus en plus plaint de troubles alimentaires, de dysphagie, de sensation de satiété précoce, de réplétion abdominale et de flatulences. Il devait manger six à sept fois par jour en fractionnant ses repas. Il décrivait sa digestion comme inconfortable, ne sachant quelle position adopter. Le Dr J. _____ a encore signalé que l'assuré s'était fracturé le col du fémur, le 17 décembre 2005. Une ostéoporose clinique avait été diagnostiquée après le traitement.

Selon son médecin traitant, F. _____ se plaignait principalement de troubles alimentaires, situation qui l'amenait à organiser complètement sa vie autour de ses horaires de repas. Ces troubles amenaient également un syndrome de fatigue chronique, associé à un état dépressif chronique.

Le Dr J. _____ a précisé que les diverses tentatives d'introduction d'un traitement médicamenteux en vue d'améliorer le transit intestinal de l'assuré n'avaient pas apporté de résultats significatifs, de sorte que la prise en charge était extrêmement difficile. Les traitements diététiques n'avaient pas non plus amené d'amélioration notable. Une reprise du travail à plein temps n'avait pas pu être effectuée, ce d'autant plus que le port de charges lourdes était difficile en raison d'un status post-éventration et cure chirurgicale. Ainsi, le pronostic était peu favorable sur le plan médical, aucune solution n'ayant été trouvée. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le pronostic n'était pas favorable non plus, l'activité exercée à mi-temps étant déjà difficilement tolérée et F. _____ n'envisageant pas d'entreprendre une reconversion professionnelle.

Au vu de l'ensemble de ses constatations, le Dr J. _____ a considéré que l'atteinte à la santé avait une répercussion partielle sur l'activité exercée précédemment par F. _____, dont le rendement avait diminué d'au moins 60 %. Cette situation ne pouvait pas être améliorée, mais une autre activité pouvait être exigée de l'assuré, comme un emploi

de bureau ou un emploi administratif de type gestion de magasin. Une activité adaptée à la situation de l'assuré devait permettre d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg et autoriser des horaires réguliers et allégés, pour une durée de 4 à 5 heures par jour. Les positions assise et debout étaient possible 2 heures par jour, en alternance, mais la même position ne pouvait être conservée longtemps. La marche était envisageable. L'assuré ne pouvait supporter la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie et les mouvements répétitifs ou occasionnels du dos. Selon le Dr J._____, F._____ présentait une faible motivation à la reprise de son activité ou à un reclassement professionnel. Depuis le mois de mai 2005, sa capacité de travail en tant que serrurier sur véhicules lourds était de 40 %.

c) Le 22 janvier 2007, la société B._____ SA a indiqué que la situation de l'assuré était stable depuis le mois d'août 2006.

Par lettre du 21 février 2007 à l'OAI, le Dr J._____ a précisé que l'assuré se plaignait, depuis la dernière intervention chirurgicale, en 2005, d'épisodes de malaises généralisés subits, associés à une fatigue chronique. Un examen de la pression artérielle sur vingt-quatre heures avait révélé une hypertension artérielle, contrairement aux attentes du médecin traitant, qui avait envisagé que les épisodes de malaises puissent être associés à des chutes de pression.

Par lettre du 20 mars 2007 à l'OAI, l'employeur de F._____ a rectifié les indications concernant le salaire de rendement de son employé, qui travaillait à 50 %, pour l'arrêter à 2'847 fr. 50. Les éléments figurant dans le questionnaire pour l'employeur concernaient un taux d'activité de 100 %.

Le droit de l'assuré à des indemnités perte de gain maladie s'est épuisé le 27 mars 2007.

Dans un avis médical du 30 mars 2007, le Service médical régional AI Suisse romande (ci-après : SMR) a relevé que l'assuré n'avait jamais bénéficié d'aucune intervention psychiatrique.

d) Une expertise interdisciplinaire a été mise en œuvre par le Centre d'expertise médicale AI (ci-après : le centre d'expertise), à Genève, qui a rendu un rapport le 19 novembre 2007. Il a exposé les antécédents familiaux et personnels de l'assuré. Il a également procédé aux anamnèses systémique, sociale et professionnelle de F._____. Un examen clinique et une évaluation psychiatriques ont été effectués. Le centre d'expertise a également pris contact avec le Dr J._____, qui a fait procéder à une coloscopie et à une recherche d'intolérance au gluten.

Le centre d'expertise a mis en évidence que les dyspepsies invalidantes dont l'assuré se plaignait avaient commencé après la cure d'événtration effectuée le 29 mai 2005. Selon l'assuré, ses troubles digestifs importants impliquaient une limitation dans ses activités professionnelles et avaient les conséquences suivantes :

- une fatigue chronique, aggravée pendant la digestion et en fin de journée;
- des malaises survenant juste après les repas;
- des diarrhées, accompagnées de violentes douleurs;
- des limitations dans le cadre des activités professionnelles, particulièrement en ce qui concernait le port de charges et certains mouvements.

Le centre d'expertise a considéré que l'assuré ne souffrait d'aucune affection ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a relevé que les plaintes de F._____ ne concernaient plus les troubles digestifs mentionnés dans la demande de prestations de l'AI, mais avaient trait à des diarrhées intempestives, explosives, incontrôlables et douloureuses, apparues trois mois avant l'expertise et responsables d'une grande fatigue et de sensations de malaise. Elles obligeaient l'assuré à se

reposer régulièrement et à limiter sa vie tant professionnelle que sociale et familiale.

Le centre d'expertise a indiqué que le status clinique de l'assuré était normal. Une coloscopie effectuée le 19 septembre 2007 avait permis d'exclure la présence d'une tumeur colorectale. Une discrète atteinte inflammatoire de l'iléon était considérée comme aspécifique par le gastroentérologue. Celui-ci avait signalé une normalisation des diarrhées depuis le milieu du mois d'août 2007, ensuite d'une antibiothérapie pour une épicondylite. Aucune maladie coeliaque n'avait été objectivée. Le centre d'expertise a ainsi relevé qu'il ne disposait d'aucun élément documenté pour expliquer la symptomatologie principale dont F._____ se plaignait et qui n'avait pas de substrat clinique ou organique. Quant aux malaises et à la fatigues consécutifs aux diarrhées, ils étaient également sans explications, puisque le centre d'expertise n'a relevé aucun élément somatique ou organique. La biologie était normale, à l'exception de l'hypercholestérolémie et de l'hyperglycémie, aucune anémie n'ayant été mise en évidence. Le centre d'expertise a donc écarté le risque d'un syndrome carcinoïde ou d'une tumeur homo-active. En ce qui concerne la fracture du col du fémur, elle était guérie, sans dommage permanent ni séquelle, et l'ostéoporose était sous traitement. L'évaluation psychiatrique n'avait révélé aucune pathologie et donc aucune atteinte susceptible d'altérer la capacité de travail de l'assuré. Celui-ci avait lui-même déclaré qu'il ne pensait pas souffrir de troubles psychiatriques. En résumé, le centre d'expertise a considéré qu'en l'absence de pathologie organique notoire, notamment des troubles digestifs handicapants ou des troubles psychiques évolutifs, la capacité de travail était conservée et le pronostic médical globalement bon.

Le centre d'expertise a relevé une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis le 30 mai 2005, ensuite de la cure chirurgicale d'événement. L'évolution de cette incapacité avait été marquée par divers événements, sans atteinte chronique. Il a estimé qu'à partir du mois de mai 2006, F._____ avait retrouvé une capacité de travail entière dans son activité. Le centre d'expertise a précisé que l'assuré devait éviter de

porter des charges mi-lourdes à lourdes et qu'il devait pouvoir faire des pauses répétitives, de manière imprévisible, compte tenu des crampes abdominales et des diarrhées dont il souffrait; la mobilité et la motricité de l'assuré étaient intactes. Le centre d'expertise a estimé que des mesures professionnelles étaient envisageables, F._____ remplissant tous les critères à cet égard. Il n'y avait toutefois pas lieu à amélioration de la capacité de travail au poste occupé, qui avait déjà été adapté par l'employeur. D'autres activités étaient exigibles, toujours en tenant compte des limitations fonctionnelles. Le centre d'expertise a enfin considéré qu'en raison du besoin de pauses plus fréquentes, le travail de l'assuré présentait une baisse de rendement d'environ 5 %.

e) Le 19 décembre 2007, le SMR a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail à 100 % dans son activité habituelle, ainsi que dans n'importe quelle activité adaptée. Il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail de force et de manipulations répétées de charges mi-lourdes à lourdes. Selon le SMR, F._____ avait présenté une incapacité de travail totale du 30 mai 2005 au 3 avril 2006, puis à 50 % jusqu'au 16 avril suivant. Passé cette date, la capacité de travail de l'assuré était entière. En dernier lieu, il a rappelé que le centre d'expertise avait retenu une baisse de rendement de 5 %.

L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré le 23 janvier 2008. Il a retenu une capacité de travail restreinte dès le 30 mai 2005, date du début du délai de carence pour déterminer l'existence d'une invalidité. A l'échéance dudit délai, le 30 mai 2006, F._____ présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 %, dans n'importe quelle activité respectant les limitations fonctionnelles fixées par le SMR. Une baisse de rendement de 5 % a été admise dans l'exercice de l'activité habituelle de l'assuré. Partant, l'OAI a considéré que les conditions posées par la loi n'étaient pas remplies pour que des prestations puissent être octroyées à F._____, dont la demande devait être rejetée.

Par lettre du 9 février 2008, F._____ a fait part de son désaccord avec le projet de décision du 23 janvier précédent de l'OAI. Il a

précisé qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 50 % depuis la cure d'éventration chirurgicale subie en 2005. Il a indiqué qu'il partait le matin à jeun, afin d'éviter d'être malade, et qu'il souffrait de nausées et de malaises importants dès qu'il avait pris le repas de midi. Il s'ensuivait, selon lui, une diminution physique l'empêchant de reprendre son activité l'après-midi. L'assuré a encore relevé que son employeur lui avait imposé un nouveau contrat de travail, accompagné d'un reclassement et de l'obligation de prendre une retraite anticipée à 60 ans. Enfin, il a souligné qu'il n'était plus couvert par l'assurance perte de gain depuis le 28 mars 2007.

Par décision du 14 juillet 2008, l'OAI a confirmé son projet du 23 janvier précédent et rejeté la demande de prestations déposée par F._____. Dans une lettre accompagnant cette décision, l'OAI s'est dit prêt à envisager la mise en place d'une aide au placement, pour autant que l'assuré exploite sa pleine capacité de travail médicalement exigible.

B. F._____ a recouru contre cette décision par acte du 29 août 2008 et a demandé son annulation. Il indique que, depuis la cure d'éventration chirurgicale subie en 2005, il ne peut plus exercer et assumer sa profession à 100 %. Il précise qu'il se sent "*barbouillé*" dès le matin, de sorte qu'il ne mange pas, pour éviter d'avoir des nausées et des malaises. Ensuite du repas de midi, il ressent inévitablement de tels symptômes et prétend se trouver alors dans l'incapacité physique de travailler. Il fait valoir que son état est douloureux et handicapant dans la vie quotidienne. Le recourant souligne encore que son employeur lui a imposé un nouveau contrat de travail le contraignant à quitter son emploi à 60 ans et qu'il n'est plus couvert par l'assurance perte de gain en cas d'affection du tube digestif supérieur ou d'affections osseuses.

En annexe à son recours, F._____ a produit une attestation de son employeur, selon laquelle l'assuré travaille comme collaborateur qualifié à 50 % depuis le 1^{er} mai 2007. Il a également déposé un certificat médical du 30 juin 2008 du Dr J._____, selon lequel l'assuré souffrait "*de nombreux symptômes gastro-intestinaux de type nausées, ballonnements*

(...) à mettre en relation avec un ralentissement de la vidange gastrique". Selon ce certificat, cette maladie était très probablement secondaire aux multiples interventions chirurgicales pratiquées en raison d'une hernie hiatale.

Dans sa réponse du 21 novembre 2008, l'OAI a relevé que, pour l'année 2006, le recourant pouvait prétendre à un salaire mensuel de 5'695 fr., soit 5'410 fr. 25 compte tenu de la baisse de rendement de 5 %. Comparé au salaire auquel il aurait pu prétendre dans son activité de serrurier sur véhicules lourds, par 6'327 fr. 85 par moi, cela représente un taux d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un reclassement. L'autorité intimée a dès lors conclu au rejet du recours.

Par lettre du 10 février 2009, le recourant fait valoir qu'il souffre d'un problème de l'appareil digestif supérieur, lequel n'a pas été examiné dans le rapport d'expertise du 19 novembre 2007, selon lui. En annexe à cet envoi, il a produit une lettre du 20 janvier 2009 du Dr J._____, qui a écrit ce qui suit :

"A la relecture de l'expertise AI je ne vois pas de point de désaccord majeur qui m'opposerait à l'expertise médicale effectuée à Genève en novembre 2007. Toutefois, j'évoquerais quelques regrets car le principal motif de demande AI n'a malheureusement pas (été) clairement investigué.

En effet, les symptômes qui vous amenaient à demander une rente AI, soit une symptomatologie digestive haute qui entraînait une altération de votre digestion est éludée au profit d'une symptomatologie digestive basse faite d'alternance diarrhée/constipation qui est évoquée sous le résumé de la page 13. Il est donc malheureux que cette expertise ne traite pas de la problématique médicale qui a précédé cet épisode de diarrhées et qui perdure toujours actuellement."

Par lettre du 11 mars 2009, l'OAI a confirmé sa conclusion en rejet du recours.

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 en matière d'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Le recours ayant été déposé le 29 août 2008, soit avant l'entrée en vigueur de la LPA-VD le 1^{er} janvier 2009, il convient d'examiner s'il est soumis à cette loi ou non.

En matière de droit transitoire, l'art. 117 al. 1 LPA-VD prévoit que les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la loi sont traitées selon cette dernière. Dès lors, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Compte tenu de la suspension du délai de l'art. 60 al. 1 LPGA, intervenue entre le 15 juillet et le 15 août 2008 (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le recourant conteste la décision querellée dans la mesure où elle lui refuse le droit à une rente de l'AI. S'il requiert que cette décision soit annulée, on constate, à la lecture de son recours, qu'il demande en réalité l'octroi d'une rente d'un montant compensant le fait qu'il travaille à mi-temps uniquement. Partant, on retiendra que F. _____ conclut en fait à la réforme de la décision entreprise, en ce sens qu'une demi-rente de l'AI lui est accordée.

Le recourant soutient également que l'expertise de l'AI du 19 novembre 2007 est incomplète. Il requiert donc implicitement, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'un complément d'expertise, le cas échéant d'une nouvelle expertise, portant sur la symptomatologie digestive qui est selon lui à l'origine de son invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI).

L'assuré a droit à une rente lorsque 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 d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci 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 (art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et

des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 c. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293).

Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 c. 3.1; ATF 113 V 22 c. 4.a et les réf. citées, RCC 1987 p. 458).

b) 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 permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3).

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialiste reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb). 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

c) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve,

le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les arrêts cités; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., n° 30, p. 331; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, pp. 422-423).

4. Il résulte du rapport d'expertise du 19 novembre 2007 et de l'avis du SMR que, depuis le mois de mai 2006 au plus tard, le recourant présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, telle qu'adaptée par son employeur depuis le 16 avril 2006, ou dans n'importe quelle autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles de F._____, c'est-à-dire sans travail de force, sans manipulations répétées de charges mi-lourdes à lourdes et permettant d'effectuer des pauses répétitives et imprévisibles.

Le recourant conteste cette appréciation, faisant valoir qu'il se sent "*barbouillé*" dès le matin, de sorte qu'il évite de manger jusqu'au repas de midi. Après celui-ci, il dit ressentir inévitablement des nausées et des malaises qui l'empêchent, sur le plan physique, d'accomplir son travail durant l'après-midi. Il faut toutefois relever que, selon l'expertise du 19 novembre 2007, les symptômes dont F._____ se plaint ne sont documentés par aucun élément. Les diarrhées intempestives, explosives, incontrôlables et douloureuses ne peuvent se fonder sur aucune base clinique ou organique. Quant aux malaises et à la fatigue qui en découlent, selon le recourant, ils demeurent également sans explication, puisqu'aucun élément organique ou somatique n'a été mis en évidence. Les examens pratiqués ont permis d'exclure la présence d'une tumeur colorectale et d'une intolérance au gluten. Si la coloscopie a révélé la présence d'une discrète atteinte inflammatoire de l'iléon, celle-ci a été considérée comme aspécifique par le gastroentérologue. Ainsi, le centre d'expertise est arrivé à la constatation d'une absence de pathologie organique notoire, excluant en particulier l'existence de troubles digestifs handicapants. La critique du recourant, fondée sur la lettre du 20 janvier 2009 de son médecin traitant, qui estimait que l'expertise pluridisciplinaire n'avait pas clairement investigué le principal motif de la demande de

rente de l'AI, soit la symptomatologie digestive haute, apparaît donc sans pertinence. Le centre d'expertise n'a pas éludé cette question et il est arrivé à la conclusion que F._____ ne souffrait pas de troubles digestifs handicapants. Pour les raisons exposées ci-dessus, il convient de donner la priorité à cet avis par rapport à celui du médecin traitant de l'assuré. Le centre d'expertise a examiné l'ensemble de la situation de l'assuré et il a tenu compte de ses plaintes. Les conclusions de son rapport du 19 novembre 2007 sont convaincantes et aucun élément n'impose de s'en éloigner. Il n'est en conséquence pas nécessaire d'ordonner un complément d'expertise ni une nouvelle expertise

Pour le surplus, les autres arguments invoqués par le recourant, soit le fait qu'il ne perçoit plus d'indemnité de l'assurance perte de gain et que celle-ci ne le couvrira pas en cas de récurrence d'une affection du tube digestif supérieur ou d'une affection osseuse, ainsi que le fait que son employeur lui ait demandé de s'engager à prendre une retraite anticipée à 60 ans, ne sont pas de nature à jouer un rôle dans la décision d'octroi ou de refus de prestations de l'AI.

5. a) Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît qu'il n'existe pas de pathogénèse permettant d'expliquer l'origine de troubles dont le recourant dit souffrir, en particulier la fatigue chronique qui résulte, selon lui, des diarrhées intempestives et incontrôlables. Il faut donc admettre qu'on se trouve dans une situation comparable à celle d'un assuré souffrant de troubles somatoformes douloureux et qu'il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés en la matière (cf. ATF 132 V 65 c. 4.1).

b) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur

constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

Pour attester l'existence du caractère invalidant d'un tel trouble, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement d'une telle atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant compte des tous les aspects apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour

établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 c. 4.3).

c) En l'espèce, une expertise interdisciplinaire a été mise en œuvre. Dans ce cadre, une évaluation psychiatrique a été effectuée. Le recourant a indiqué qu'il ne pensait pas souffrir d'un trouble psychiatrique et il est établi qu'il n'a jamais bénéficié d'un suivi à cet égard. Les experts eux-mêmes ont conclu à une absence de diagnostic psychiatrique. On ne se trouve donc pas en présence d'une comorbidité psychiatrique. En outre, les symptômes somatiques dont F._____ souffre ont évolué avec le temps. Comme l'a relevé le centre d'expertise, la demande de prestations de l'AI était initialement motivée par des troubles digestifs, puis, lors de la mise en œuvre de l'expertise, par des diarrhées intempestive et douloureuse. Il n'existe donc ni processus maladif durable ni affection corporelle chronique. On relèvera encore que, dans son rapport du 5 octobre 2006, le Dr J._____ a mis en évidence le manque de motivation de son patient à la reprise d'une activité à temps plein ou à un reclassement professionnel et le fait que l'intéressé, en raison de ses plaintes, a complètement organisé sa vie autour de ses horaires d'alimentation. Cet état d'esprit ressort également de l'argumentation développée par F._____ à l'appui de son recours. Il paraît en effet considérer comme acquis qu'il ne peut pas travailler à un taux supérieur de 50 %, compte tenu de l'organisation de sa journée qu'il a mise en place et qui est centrée sur ses horaires de repas. Le recourant semble en outre estimer que la rente de l'AI dont il a sollicité l'octroi doit pallier la fin du versement des indemnités perte de gain qui lui ont été servies jusqu'au mois de mars 2007. Toutefois, sans nier que F._____ puisse souffrir dans sa santé, il apparaît qu'on peut néanmoins raisonnablement exiger de lui l'effort de reprendre un travail adapté à plein temps, que ce soit dans son activité actuelle ou dans n'importe quelle autre activité respectant ses limitations fonctionnelles.

6. S'il avait continué à travailler dans son activité de serrurier sur véhicules lourds, le recourant aurait perçu un salaire de 6'327 fr. 85 par mois en 2006. Dans les faits, son poste a été adapté par son employeur et le salaire mensuel a été fixé à 5'695 fr. à plein temps. Compte tenu de la baisse de rendement de 5 % admis par le centre d'expertise et le SMR, cela représente une somme de 5'410 fr. 25. La différence est donc de 917 fr. 60 (6'327 fr. 85 ./ 5'410 fr. 25), soit un taux d'invalidité de 15 % (917 fr. 60 : 6'327 fr. 85 x 100). L'invalidité ne donnant droit à une rente AI qu'à partir de 40 % au mois (art. 28 LAI), F._____ ne peut donc prétendre à une telle prestation. Il n'a pas droit non plus à des mesures professionnelles, qui ne sont accordées que lorsque l'invalidité rend difficile le choix d'une profession, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 250 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaire en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé par F._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- F. _____,
- 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 :