

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

P. _____, à Payerne, recourant,

et

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____, d'origine italienne, marié, est né le 16 septembre 1945. Depuis 1983, il travaille chez [...] SA, à Payerne, en tant qu'ouvrier et depuis le mois de mars 2004, il a réduit son taux d'activité à 50 %. Il a toutefois repris son activité à 100 % dès le mois de mars 2005 craignant la perte de son emploi. Le 21 juillet 2004, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 19 août 2004, le Dr N._____, rhumatologue FMH, a posé les diagnostics de lombalgies sur discopathie L4-L5 et d'arthrose facettaire débutante. Il n'évoque aucune répercussion de ces affections dans la vie quotidienne. Il indique que l'intéressé a été hospitalisé au Centre [...] du 2 au 20 février 2004 pour un programme de reconditionnement. Dans une activité adaptée, permettant le changement de postures, ne nécessitant pas le port de charges répétées de plus de 25 kg, ni le travail en porte-à-faux, ce spécialiste atteste une capacité de travail complète. Dans l'activité habituelle, il note une diminution de rendement de 20 % environ.

Le Dr G._____, médecin traitant généraliste depuis le 21 novembre 2003, a rendu compte par rapport médical du 11 octobre 2004, que le patient souffrait de lombalgies chroniques existant itérativement depuis 2000, avec blocage lombaire et cruralgie du membre inférieur droit (MID) le 25 août 2003 sur troubles statiques, dégénératifs et de discopathies L2-L3 et L3-L4. Il explique que le patient peut travailler durant trois heures avant que la douleur chronique, d'une intensité de 5 sur une échelle comprise entre 0 et 10, ne s'aggrave. Après trois heures, il doit s'arrêter. Selon ce médecin, l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, celle-ci n'étant pas ergonomique. Toutefois, dans une activité adaptée, n'impliquant pas le port de charges, la capacité de travail est entière.

L'OAI a confié le dossier à sa division réadaptation et l'intéressé a été convoqué pour des examens en date des 22 mars et 22 juin 2005 qui ont fait l'objet de comptes-rendus (courrier de l'OAI du 27 juin 2005) et à l'issue desquels l'office intimé a préconisé la mise en œuvre d'un stage d'observation et d'évaluation, au sens de l'art. 69 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) au COPAI (ci-après : COPAI) d'Yverdon-les-Bains.

Du rapport du COPAI établi le 20 décembre 2005, il ressort que l'intéressé a effectué ledit stage du 7 novembre 2005 au 2 décembre suivant et qu'au terme de la mesure, l'équipe d'observation était d'avis que la capacité résiduelle de travail n'était pas entière même face à des activités adaptées. Désormais, l'assuré n'est capable d'effectuer que des activités simples, légères et répétitives de préférence en position debout telles que la conduite-alimentation de machines-outils automatiques ou semi-automatiques, le contrôle-surveillance d'une chaîne de production automatisée, le conditionnement léger, etc. Le taux d'activité exigible face à ces activités est de 50 % pour un travail sur toute la journée. Selon le COPAI, le rendement est influencé par une hypotrophie de la main droite ainsi que par des troubles du sommeil (cf. rapport intermédiaire du 24 janvier 2006 de la division administrative de l'OAI).

Par avis médical du 15 mai 2006, le SMR (Service médical régional AI), en raison des divergences entre l'appréciation médicale des médecins traitant, qui concluent que dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %, et les observations du COPAI, qui soutient que même dans une activité adaptée, la capacité de travail n'est que de 50 %, a mis en œuvre un examen rhumatologique au SMR qui a été effectué le 4 août 2006 par le Dr V._____, rhumatologue FMH. Ce dernier a mis en évidence des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec antélisthesis L4-L5 de degré I, des cervico-scapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques du rachis et d'une PSH bilatérale, une hypotrophie congénitale de la main droite avec arthrose nodulaire des doigts, des troubles statiques et dégénératifs des pieds et de l'artériopathie des membres

inférieurs (MI). Le spécialiste retient des limitations fonctionnelles, telles que notamment la nécessité de pouvoir alterner trois fois par heure la position assise et debout, le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Au vu de ces éléments, il atteste une capacité de travail exigible de 50 % dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité.

Dans un rapport d'examen du SMR, le Dr C. _____ a résumé les conclusions de l'examen rhumatologique et a rappelé que sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, la capacité de travail est de 50 % dans l'activité habituelle et qu'elle ne peut être augmentée dans une activité plus légère en raison des problèmes articulaires des deux mains, qui contre-indiquent un travail de précision. Il note que l'assuré travaille à la limite de ses forces et que l'état de santé est susceptible de s'aggraver à moyen terme avec une diminution de la capacité de travail.

Le 24 novembre 2006, l'OAI s'est, dans le rapport final de sa division administrative, déterminé sur les prestations à allouer à l'assuré sur une base médico-théorique et a indiqué que le revenu d'invalidité se montait exactement au 50 % du revenu sans invalidité.

Dans un rapport médical du 26 mars 2007, le Dr G. _____ a relevé que l'intéressé avait suivi une cure de récurrence de hernie inguinale droite, le 19 juillet 2006, dont l'évolution a d'abord été favorable puis sont apparues des douleurs d'origine musculaire, péri-cicatricielles, ainsi que sus-pubiennes et des névralgies irradiant de la cicatrice à la face interne de la cuisse. L'intéressé a, en outre, été opéré le 16 mars précédent d'un Dupuytren du 4^e rayon de la main gauche et qu'en raison de l'importance de la cicatrice. Pour cette raison, le médecin ne conçoit pas une reprise de l'activité. Il note qu'une révision chirurgicale n'est pas proposée et que le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie à l'Hôpital X. _____ qui l'a opéré, a précisé qu'une rente AI à 100 % se justifiait. Finalement, en raison de la persistance des lombalgies, la sensation de faiblesse de ses

membres inférieurs, des problèmes de névralgies ainsi que de ses problèmes de mains, tout en tenant compte d'un état dépressif réactionnel à ses douleurs chroniques, le médecin est d'avis que le patient ne présente plus aucune capacité de travail.

Dans un avis médical établi le 19 juillet 2007, le Dr K. _____ du SMR, a considéré que l'apparition de douleurs neurogènes après cure de hernie inguinale (une intervention chirurgicale ayant été effectuée le 19 juillet 2006) était connue et qu'un traitement de ces douleurs était souvent efficace, celles-ci ne devenant que très rarement invalidantes. Il a expliqué par ailleurs que dans une activité nécessitant peu de stimulation mécanique de la cicatrice, la capacité de travail ne devrait pas être diminuée de manière considérable. Il a souhaité demander un rapport médical au Dr J. _____ et au Dr R. _____, spécialiste en neurologie FMH.

Dans un rapport du 6 août 2007, le Dr J. _____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, voire définitif et s'en est remis au certificat du médecin traitant pour ce qui concerne la question de l'incapacité de travail. Une éventuelle révision de la cicatrice a été proposée mais l'assuré n'a toutefois pas repris contact dans ce but.

Dans un rapport établi le 16 août 2007, le Dr R. _____ n'a pas pu rendre compte de l'état de santé actuel, ni de la capacité de travail, n'étant pas au courant du traitement actuel.

Le 18 juin 2008, l'OAI a communiqué un projet de décision, concluant que, depuis le 28 août 2003 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail était considérablement restreinte et que selon les renseignements médicaux, elle pouvait être estimée à 50 % dans toute activité professionnelle, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente dès le 1^{er} août 2004.

P. _____ s'est opposé à ce projet de décision le 2 juillet 2008, indiquant être en incapacité totale de travailler depuis le 6 juillet 2006. Il

s'est référé aux conclusions de son médecin traitant, notamment à celles établies le 26 mars 2007.

Par décision du 31 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'intéressé une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre suivant. Sa motivation avait fait l'objet d'un courrier séparé du 13 octobre précédent, dans lequel il se reposait sur les conclusions du SMR qui retenait alors un degré d'incapacité de travail de 50 %.

B. P._____ a recouru contre cette dernière décision le 27 novembre 2008. Se fondant sur les avis de son médecin traitant généraliste, du Dr J._____ et du Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, il ne s'estime plus capable de travailler. Il produit d'ailleurs un rapport que ce dernier médecin a établi le 26 novembre 2008. On y apprend notamment l'existence d'un état dépressif chronique qui ne semble pas avoir été pris en compte dans l'évaluation des limites du patient. En outre, le Dr W._____ précise que l'état post-opératoire séquellaire de la main ne justifierait pas à lui-seul une incapacité de travail significative.

Dans ses déterminations du 30 janvier 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions, tout en y joignant un avis médical du SMR établi par le Dr M._____ et approuvé par le Dr K._____, le 20 janvier 2009, relatif au rapport médical du Dr W._____. Ces médecins estiment que le diagnostic d'état dépressif réactionnel ne peut être retenu dans la mesure où ce problème n'avait jamais été évoqué auparavant, d'une part, et, d'autre part, parce que l'assuré n'était pas au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur et qu'il n'a pas de suivi psychiatrique.

Dans ses déterminations du 3 mars 2009, le recourant a maintenu son opposition, faisant valoir en outre avoir été bon travailleur toute sa vie et que l'arrêt de son activité avait engendré un état dépressif alors que son opération aux mains n'avait fait qu'aggraver son invalidité.

E n d r o i t :

1. a) 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, est immédiatement applicable à la présente cause (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).

b) Interjeté le 27 novembre 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 31 octobre précédent, le recours est déposé en temps utile (art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales ; RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. ATF 127 V 466 consid. 1; 126 V 134 consid. 4b et les références). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (cf. Kieser, ATSG - Kommentar, Zurich, 2^{ème} éd. 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003. D'autre part, les dispositions de droit matériel de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI) sont applicables au présent litige *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été rendue après son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008.

a) Le recourant conteste le taux d'invalidité retenu par l'OAI, précisant être en incapacité totale de travailler depuis le 6 juillet 2006. Il prétend, de ce fait, avoir droit à une rente entière d'invalidité. Il s'agit donc d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 50 %, partant, le droit à une demi-rente.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré 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).

D'après l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008), 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.

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 (art. 16 LPGA).

c) Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a p. 352, TF 9C_773/2007 du 23 juin 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 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, consid. 3b/cc et les réf.). Il convient cependant de 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, consid. 5.2).

d) En l'espèce, il sied tout d'abord de constater que les diagnostics posés dans les avis médicaux figurant au dossier se recoupent avec ceux relevés par le Dr V. _____ du SMR, dans son rapport du 15 mai 2006. En effet, du point de vue somatique, ce dernier reprend les conclusions établies par les divers médecins consultés par l'assuré. Il rend notamment compte des problèmes de lombosciatalgies et de cervico-scapulalgies soulevés par le médecin traitant du même que par le Dr N. _____, rhumatologue FMH. Les médecins du COPAI, quant à eux, mettent en évidence les limitations fonctionnelles dont est affecté l'intéressé, en indiquant que ce dernier ne peut dorénavant effectuer que des activités simples, légères et répétitives, ce de préférence en position debout. Ils attestent une diminution de rendement influencée par une hypotrophie de la main droite. Ces dernières constatations s'accordent

donc également pleinement à celles du SMR, qui tient compte, au surplus, de la présence d'arthrose nodulaire des doigts, de troubles statiques et dégénératifs des pieds et d'artériopathie des membres inférieurs.

La seule divergence entre ces rapports médicaux concerne donc la capacité de travail exigible, partant, le taux d'invalidité à retenir. L'OAI, se fondant principalement sur le rapport du SMR et sur les conclusions des médecins du COPAI, reconnaît que la capacité de travail est considérablement restreinte et admet que celle-ci ne dépasse pas 50 %, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans n'importe quelle autre activité. Le recourant se réfère, quant à lui, à l'avis du 26 mars 2007 de son médecin traitant généraliste, dont il ressort, outre les troubles déjà mis en évidence plus haut, que ce dernier a suivi une cure relative à sa hernie inguinale droite en juillet 2006, qu'il a été opéré de la main gauche et qu'en raison de la cicatrice à cette dernière, une reprise du travail n'est pas envisageable. Le Dr J. _____ confirme ces dernières conclusions, soulignant avoir proposé une révision de la cicatrice, suggestion à laquelle l'intéressé n'a toutefois pas donné suite. Force est d'admettre que le Dr K. _____ du SMR, dans son avis médical du 19 juillet 2007, tient compte de ces dernières considérations puisqu'il explique que l'apparition de douleurs neurogènes après cure de hernie inguinale est connue et qu'un traitement de celles-ci est souvent efficace et qu'il n'en résulte que rarement une invalidité. De même, il estime, que dans une activité nécessitant peu de stimulation de la cicatrice, la capacité de travail ne devrait pas être considérablement diminuée. Le rapport du 26 novembre 2008 du Dr W. _____ produit par le recourant en cours de procédure ne vient pas non plus contredire ces dernières constatations, dans la mesure où il indique que l'état post-opératoire séquellaire de la main ne justifie pas à lui-seul une incapacité de travail significative. Le 20 janvier 2009, reprenant les points soulevés dans ce dernier rapport, le Dr M. _____ du SMR souligne que l'opération entraîne des limitations supplémentaires sans pour autant influencer la capacité de travail qui reste de 50 %, dans une activité respectant l'ensemble des limitations fonctionnelles. Il relève par ailleurs que l'affirmation du Dr C. _____, dans son rapport du 24 août 2006, consistant à admettre que l'assuré travaille à la limite de ses forces,

concerne de toute évidence l'activité habituelle et non l'exigibilité dans une activité adaptée. Abordant ensuite la question de l'état dépressif chronique soulevé par le recourant et fondé sur l'appréciation de Dr W._____, le Dr M._____ note que celui-ci ne saurait être retenu dès lors qu'il n'a jamais été évoqué par aucun des médecins consultés auparavant. Cet état, que le médecin traitant qualifie de « en partie réactionnel aux douleurs », dans son rapport du 26 mars 2007, n'a dès lors pas été investigué plus avant. A raison, ce d'autant moins que le recourant n'est pas et n'a d'ailleurs jamais été au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur ou d'un suivi psychiatrique. Il n'influence donc en rien la capacité de travail retenue dans une activité adaptée.

Cela étant, les conclusions du SMR et du COPAI s'avèrent complètes et exemptes de contradictions quant à l'appréciation du cas. Elles sont solidement étayées et rendent clairement compte de l'évolution de l'état de santé du recourant. Il y a donc lieu de s'y référer, de sorte qu'une capacité résiduelle de travail de 50 % doit être retenue. C'est donc à juste titre que l'OAI a reconnu, au recourant, le droit à une demi-rente d'invalidité.

3. Des considérations qui précèdent, il résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise du 31 octobre 2008.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 45 LPA-VD). Il n'est en outre pas alloué de dépens (art. 55 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 du 31 octobre 2008 de l'OAI est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P._____.
- 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 :

- P._____, à Payerne ;
- Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey ;
- OFAS, à Berne

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 :