

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 février 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Jomini et Neu
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 17, 28 al. 1 et 29 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, mécanicien sur automobiles de profession, titulaire de l'entreprise individuelle Garage N._____, a subi un accident professionnel le 7 décembre 2007, lors duquel il s'est tordu le coude gauche. Le 27 mars 2009, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir des suites de son accident au coude.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a notamment disposé des pièces suivantes, figurant au dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur ayant pris en charge l'accident du 7 décembre 2007 :

- Un rapport non daté, établi à l'intention de la CNA par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, qui diagnostique une entorse du coude gauche et une probable arthrose préalable, traitée par immobilisation, AINS (anti-inflammatoire non-stéroïdien) et physiothérapie. Ce médecin (qui est le médecin traitant ou médecin de famille) atteste en outre une incapacité de travail de 100% du 7 décembre 2007 au 7 janvier 2008, puis de 50% dès le 8 janvier 2008.

- Un certificat médical établi par le Dr S._____ le 29 février 2008, qui indique une incapacité de travail de 70% du 15 janvier au 26 mars 2008.

- Un rapport d'IRM établi le 8 janvier 2008 par le Dr W._____, radiologue, qui fait état d'un épanchement intra-articulaire du coude gauche associé à 2 souris intra-articulaires calcifiées, en partie ossifiées, dont l'une s'est déplacée. Ce spécialiste mentionne que l'étiologie est probablement de type ostéochondromatose, étant donné que l'on voit une chondropathie significative radio-humérale, de grade III, sans œdème osseux ni évidence de fracture.

- Une décision du 17 mars 2008, non contestée par l'assuré, par laquelle la CNA a alloué à ce dernier des indemnités journalières jusqu'au 17 mars 2008, considérant que, dès cette date, les troubles présentés par l'assuré n'étaient plus consécutifs à l'accident de décembre 2007 mais étaient de nature malade exclusivement.

Dans un rapport médical établi à l'intention de l'OAI le 14 mai 2009, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique une ostéochondromatose du coude gauche à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assuré. Affirmant être consulté par l'assuré depuis le 13 février 2009, le dernier contrôle ayant eu lieu le 13 mai 2009, le Dr T._____ mentionne des douleurs, une limitation des amplitudes articulaires et un blocage du coude gauche n'ayant pas cédé à un traitement conservateur bien conduit. Il indique qu'une synovectomie antérieure du coude gauche avec ablation d'une souris articulaire de la logette olécrânienne a été réalisée par voie arthroscopique le 18 février 2009, et que l'évolution a été marquée par une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité du coude, bien qu'il persiste une diminution de la force. Il atteste une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de garagiste indépendant mais une capacité de travail de 50%, dès le 14 mai 2009, dans l'import-export, activité vers laquelle s'est spontanément réorienté l'assuré, le pronostic étant réservé. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr T._____ mentionne qu'aucun travail en charge du membre supérieur gauche ne peut être exigé. Il indique n'avoir ordonné aucun traitement ni médication, mais recommande une rééducation fonctionnelle, afin de maintenir les amplitudes articulaires retrouvées.

Dans un rapport médical du 19 août 2009, le Dr S._____ indique ne pas connaître de diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré. A titre de diagnostics sans effet sur cette capacité de travail, il indique un status après opération d'une malformation artérioveineuse cérébrale en 1992, une légère scoliose et un TVP en 2005. Il mentionne que son patient a été opéré du coude gauche par le Dr

T._____ en février 2009 et qu'il ne connaît pas de symptômes depuis le mois de mai (le dernier contrôle ayant été effectué le 25 mai 2009). Il ne prescrit d'ailleurs actuellement aucune incapacité de travail. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il mentionne qu'il faut éviter les activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout ou exercées principalement en marchant.

Il ressort notamment du rapport de l'enquête économique pour les indépendants effectuée le 25 mars 2010 par l'OAI que l'assuré est mécanicien indépendant depuis 1983 et qu'il a remis son garage en juin 2008, à cause de ses problèmes de coude. Il s'est depuis lors tourné vers les secteurs de l'exportation de véhicules et du marché de l'immobilier.

Dans un avis médical du 30 juin 2010, le Dr F._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) conclut à une totale incapacité de travail dans l'activité de garagiste du 18 février au 24 août 2009 et à une capacité de travail de 50% dès le 14 mai 2009, puis entière un mois plus tard, dans une activité de type import-export.

Dans un projet de décision du 5 juillet 2010, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail à 100% du 7 décembre 2007 au 24 août 2009 dans son activité de garagiste, mais qu'il avait remis son garage en juin 2008 en se reconvertissant dans l'exportation de véhicules, sa capacité de travail étant, dans cette nouvelle activité, de 50% dès mai 2009 et de 100% un mois plus tard. Or le début du droit aux prestations de l'assurance-invalidité ne pouvant survenir que six mois après la demande de l'assuré - en l'espèce le 27 mars 2009 -, celui-ci n'aurait eu droit à ces prestations qu'à partir du 1^{er} septembre 2009, date à laquelle il ne présente toutefois plus aucune incapacité de travail, dans une quelconque activité.

Le 3 août 2010, l'assuré a contesté ce projet de décision. Alléguant que des doutes sérieux subsistaient quant à sa réelle capacité de travail au vu des rapports médicaux contradictoires figurant au dossier,

il a demandé qu'une instruction complémentaire soit ordonnée et que des mesures professionnelles lui soient octroyées.

L'OAI a alors redemandé des renseignements aux Drs T._____ et S._____. Le 8 novembre 2010, le Dr T._____ a produit un courrier du 18 mai 2010 adressé au Dr S._____ par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui mentionne avoir vu l'assuré le 17 mai 2010 à sa consultation. Celui-ci présentait une chondromatose du coude gauche opérée le 18 février 2009 par arthroscopie. L'évolution était marquée par la persistance d'une synovite et parfois de blocages. Une infiltration était proposée. Le 22 novembre 2010, le Dr T._____ a en outre indiqué à l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assuré à sa consultation, et qu'il ne pouvait par conséquent pas répondre aux questions posées.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2010, le Dr S._____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et a ajouté celui de chondromatose du coude gauche, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Il a précisé qu'il n'y avait pas de traitement actuellement et que la capacité de travail était totale, sans aucune limitation fonctionnelle, dans toute activité. Il a également indiqué avoir vu son patient pour la dernière fois le 21 mai 2010.

Dans un avis SMR du 3 janvier 2011, le Dr J._____ a conclu que le problème de synovite dont faisait état le Dr Q._____, s'il avait représenté une gêne chez l'assuré, n'avait en aucun cas été responsable d'une incapacité de travail ou d'une quelconque limitation fonctionnelle. L'assuré avait donc bien retrouvé une pleine capacité de travail mi-juin 2009, non remise en cause par la synovite du coude en mai 2010.

Par décision du 16 février 2011, postée le 18 février 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité pour les mêmes motifs que ceux développés dans son projet.

B. Par acte du 21 mars 2011, L._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 16 février 2011, concluant avec suite de frais et dépens à son annulation, des mesures d'instruction complémentaires, sous la forme notamment d'examens médicaux et d'une expertise orthopédique, devant être mises en œuvre par l'OAI pour évaluer sa capacité de travail, un droit à des mesures professionnelles devant ensuite lui être reconnu. A l'appui de son recours, il se réfère notamment au rapport du Dr T._____, qui lui reconnaît une incapacité de travail totale dans son activité de garagiste et une incapacité de travail de 50% dans sa nouvelle activité d'exportateur. De plus, le recourant relève que l'avis du Dr S._____, généraliste, sur lequel s'est basé le SMR et la décision litigieuse, est en contradiction avec les autres avis médicaux figurant au dossier, dès lors que ce médecin estime que le recourant ne présente aucune atteinte ayant des effets sur sa capacité de travail. Son rapport manque donc de valeur probante suffisante, raison pour laquelle une instruction complémentaire s'avère nécessaire. Le recourant affirme également avoir droit à des mesures professionnelles, au vu, d'une part, de son incapacité de travail et de ses compétences extrêmement basiques en matière de bureautique/informatique, et d'autre part, de la nouvelle approche en la matière résultant de la cinquième révision de l'AI, qui a assoupli les conditions d'octroi de l'aide au placement.

Le 16 mai 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 21 juin 2011, le recourant a confirmé sa position.

La production du dossier de la CNA a été demandée par le juge instructeur le 6 juillet 2011. Les parties se sont déterminées sur ce dossier le 21 septembre 2011 pour le recourant et le 8 août 2011 pour l'intimé, qui n'ont formulé aucune remarque à son sujet.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus précisément sur la détermination de sa capacité de travail, élément décisif pour le droit aux prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. 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 ;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Par ailleurs, l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008) spécifie que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1) ; le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

Selon l'art. 8 al. 3 LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (let. b) au sens des articles 15 à 18b LAI. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Une perte de gain durable ou prolongée de 20% environ, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante selon la jurisprudence pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 ; TF 9C_533/2010 du 21 février 2011). Quant à la rééducation dans la même profession, elle est assimilée au reclassement (art. 17 al. 2 LAI).

b) Pour pouvoir se prononcer sur l'éventuelle existence et le degré d'une 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 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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, consid. 5.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois 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 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se

trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

4. Après avoir vu le recourant pour la dernière fois le 13 mai 2009, le Dr T. _____ lui reconnaît, dès le 14 mai 2009, une capacité de travail nulle dans l'activité de garagiste et une capacité de travail de 50% dans une activité d'import-export, avec des limitations fonctionnelles (pas de travail en charge du membre supérieur droit). Ce médecin ne motive toutefois en aucune façon l'incapacité de travail retenue et ne donne aucune indication sur la durée prévisible de celle-ci, ne faisant état que d'un manque de force persistant malgré l'opération du 18 février 2009, qui a toutefois permis d'améliorer la mobilité du coude.

Quant au Dr S. _____, consulté par le recourant suite à son accident, il retient une incapacité de travail dans l'activité de garagiste de 100% du 7 décembre 2007 (date de l'accident) au 7 janvier 2008, puis de 50% jusqu'au 14 janvier 2008, et enfin de 70% jusqu'au 26 mars 2008. Ayant revu le recourant le 25 mai 2009, après son opération du 18 février précédent, le Dr S. _____ n'a plus retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et donc aucune incapacité de travail. Il a par la suite confirmé son point de vue après avoir revu le recourant à sa consultation le 21 mai 2010. Par ailleurs, le rapport du Dr S. _____ du 8 novembre 2010 prend en compte le diagnostic de chondromatose du coude gauche, retenu également par le Dr Q. _____ dans son rapport du 17 mai 2010, qui faisait état de la persistance d'une synovite et de blocages apparus après l'opération, sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant ni sur ses limitations fonctionnelles.

L'appréciation de la capacité de travail du recourant faite par le Dr S. _____, qui prend en compte l'ensemble des données médicales au dossier concernant son patient, notamment le rapport du Dr Q. _____, pour lui reconnaître une capacité de travail entière au plus tard dès la fin du mois de mai 2009, apparaît complète et dûment motivée. Elle ne saurait être mise en doute par l'appréciation du Dr T. _____, qui ne

retient pour sa part aucun autre diagnostic et qui n'a suivi que brièvement le recourant suite à son opération. Le Dr T. _____ n'a par ailleurs plus revu le recourant depuis plus d'une année avant la dernière consultation du Dr S. _____ et, dans son rapport de mai 2009, ne motive que de façon très sommaire et imprécise l'incapacité de travail retenue, se bornant à constater qu'il persiste une certaine diminution de la force, même s'il admet que la mobilité du coude s'est améliorée et qu'il ne préconise aucun autre traitement qu'une rééducation fonctionnelle destinée à maintenir les amplitudes articulaires déjà retrouvées.

Il convient par conséquent de retenir, en suivant l'avis du Dr S. _____, que la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité depuis fin mai 2009 au plus tard. Les prestations de l'assurance-invalidité ne pouvant lui être octroyées qu'au terme d'un délai de six mois dès le dépôt de sa demande AI (art. 29 LAI), qui est intervenu le 27 mars 2009, elles ne pourraient l'être que dès le mois de septembre 2009. Or, force est de constater que, à ce moment-là, sa capacité de travail était déjà entière dans toute activité, de sorte qu'aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne lui est ouvert - qu'il s'agisse d'une rente ou de mesures professionnelles - comme le retient à juste titre la décision litigieuse. En ce qui concerne plus particulièrement les mesures professionnelles demandées par le recourant, soit un reclassement (art. 17 LAI), il convient en effet de remarquer que celui-ci suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain durable de 20% environ, dans toute activité exigible qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (cf. notamment ATF 124 V 108, consid. 2b ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4), les principes posés à cet égard par la jurisprudence demeurant pertinents suite à l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI au 1^{er} janvier 2008 (cf. notamment TF 9C_464/2009 du 31 mai 2010 ; 9C_347/2010 du 3 février 2011 ; 9C_576/2010 du 26 avril 2011).

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, en ce sens qu'aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité n'est ouvert au recourant.

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'assurance-invalidité 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 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al.1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz, avocat (pour L. _____),
- 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).

La greffière :