

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 avril 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : M. Jomini et Mme Di Ferro Demierre  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 82 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A. a)** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1954, d'origine [...], sans formation professionnelle, en Suisse depuis 1977, travaillait à 100 % depuis le 25 mai 1998 en qualité de manœuvre en bâtiment auprès de l'entreprise [...] SA à [...]. Présentant des incapacités de travail à des taux variables dès le 16 octobre 2008 en raison de douleurs lombaires, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières versées par de la caisse J.\_\_\_\_\_.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, à la suite d'une communication de détection précoce de la caisse J.\_\_\_\_\_, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI) en raison de douleurs chroniques au bas du dos.

Dans un rapport médical du 2 novembre 2009 adressé à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs, ainsi que de discopathie lombaire pluri-étagée dès 2008. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 16 octobre 2008 au 12 janvier 2009, à 50 % du 12 janvier au 14 septembre 2009, puis à 100 % dès le 14 septembre 2009. Il a indiqué que l'assuré pourrait prochainement reprendre le travail à 50 %, avec toutefois un rendement diminué. Dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges de plus de 5 kg et les travaux lourds, la capacité de travail serait de 80 %, probablement dès le mois de décembre.

A la demande de l'OAI, la caisse J.\_\_\_\_\_ a transmis les courriers des 12 novembre 2009 et 4 mars 2010 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assureur perte de gain, lequel a exclu la reprise de l'activité habituelle de maçon.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR) afin de déterminer si des mesures de réadaptation professionnelle étaient possibles. Le cas n'étant pas stabilisé

selon le SMR, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure n'était possible, ce dernier ayant par ailleurs déclaré à un spécialiste de la réadaptation qu'il n'était pas capable de travailler (communication du 15 mars 2010).

Par courrier du 15 septembre 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient était sans amélioration et qu'il bénéficiait d'une physiothérapie intensive, ainsi que d'un traitement AINS, d'Antabus® et d'antidépresseurs. Il a cependant précisé que son patient pouvait exercer à 50 % une activité en position assise dès juillet-août 2010.

Par lettre du 15 octobre 2010, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et de réadaptation, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathie L4-L5, de dysbalances musculaires, de cervico-scapulalgies sur dysbalances musculaires, de probable gonarthrose débutante, de troubles anxio-dépressifs et d'antécédent éthylo-tabagique. Elle a considéré que l'assuré n'était pas en mesure de reprendre l'activité d'ouvrier dans le bâtiment compte tenu des limitations fonctionnelles au niveau du rachis et des genoux. Pour le surplus, elle s'est référée à ses courriers des 17 mai et 1<sup>er</sup> juillet 2010 adressés au Dr P.\_\_\_\_\_, dans lesquels elle précisait notamment qu'un travail léger sans port de charge, avec des positions alternées, était exigible, mais probablement pas à temps complet. Toutefois, compte tenu des problèmes psychiques de ce patient, ainsi que de son âge, une réinsertion professionnelle semblait peu probable.

Par avis médical du 27 octobre 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a constaté que tous les médecins impliqués (Drs P.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_) retenaient que le travail d'aide-maçon n'était plus exigible. Une reprise dans une activité adaptée était jugée possible, mais aucun n'attestait une pleine capacité de travail dans une telle activité. Il n'apparaissait pas que l'abus d'alcool jouait un rôle primordial, l'assuré semblant prendre de l'Antabus®. Dans ces conditions, le Dr T.\_\_\_\_\_ a préconisé un examen psychiatrique et rhumatologique pour déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible.

Dans un rapport du 11 janvier 2011 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 25 novembre 2010, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics suivants :

**"-avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- Lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques M 54.5
- o Troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire

**-sans répercussion sur la capacité de travail**

- Plaintes algiques diffuses invalidantes compatibles avec un phénomène de majoration des plaintes (présence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel)
- Antécédents d'éthylo-tabagisme en abstinence
- Déconditionnement et dysbalance musculaire généralisée
- Episode dépressif moyen, sans syndrome somatique F 32.10
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent F 10.20".

Sur le plan somatique, les Drs W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont exposé ce qui suit :

"(...) cet assuré âgé de 56 ans, présente des troubles dégénératifs au niveau de son rachis lombaire documentés par des IRM de 2008 et 2009. Ces troubles dégénératifs sont en adéquation avec l'âge de l'assuré et les activités à fortes charges exercées à ce jour. Sur le plan biomécanique théorique, de telles atteintes à la santé induisent une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle à fortes charges physiques. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100 % sans diminution de rendement.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire mises en évidence par les examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques effectués à ce jour. La composante à caractère non organique déjà mise en évidence par l'évaluation du Dr N.\_\_\_\_\_ et confirmée lors de l'examen SMR par la présence de 4 signes sur 5 selon Waddell en faveur d'un processus non organique et 2 sur 2 selon Kummel n'a pas été prise en considération. La présence de ces signes de non organicité s'inscrit vraisemblablement dans un phénomène de majoration (amplification des plaintes) en vu d'obtention d'avantages

sociaux ou en relation avec un trouble d'ordre psychologique, à préciser par l'examen psychiatrique.

*Du point de vue psychiatrique, il s'agit donc d'un assuré de 56 ans, d'origine [...], arrivé en Suisse en 1977, marié, un enfant. Depuis octobre 2008 est apparu un syndrome dépressif, pris en charge par son médecin traitant. L'examen de ce jour permet de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique.*

Il existe par ailleurs une notion d'alcoolisme, qui aurait duré une trentaine d'années et aurait pris fin avec la prise en charge de l'assuré avec le Dr P. \_\_\_\_\_, en octobre 2008. Le caractère primaire de cet alcoolisme, ainsi que l'absence de répercussions neuropsychologiques, imposent de le classer parmi les diagnostics non incapacitants".

Au vu de ces éléments, les médecins du SMR ont notamment retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail sans diminution de rendement sur le plan ostéoarticulaire dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : *"pas de port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 15 kg, éviter les positions statiques prolongées assises au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions assise-debout. Eviter les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, éviter les positions en genuflexion ou accroupies. Pas de position statique debout immobile, de type piétinement prolongé, diminution du périmètre de marche à environ  $\frac{3}{4}$  d'heure à une heure, pas de montée ou descente d'escaliers ou d'activité sur terrain instable"*.

Dans un avis du 24 janvier 2011, le Dr T. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions du rapport précité.

**b)** Par décision du 23 mai 2011, confirmant un projet de décision du 28 mars 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures de reclassement, estimant que le préjudice économique subi par l'assuré était inférieur à 40 %. L'OAI a en effet procédé à une approche théorique pour calculer le préjudice éventuel subi par l'intéressé, dans la mesure où ce dernier n'avait pas repris d'activité professionnelle. Ainsi, sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr., selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS), dans une activité simple et répétitive

(secteur privé; production et services), compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+2.10 %) et d'un abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'177 fr. 80 en 2009. Un tel revenu, comparé à un revenu hypothétique sans invalidité de 63'830 fr, mettait en évidence un taux d'invalidité de 18 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures de reclassement. Toutefois, sur demande expresse, l'assuré pouvait bénéficier d'un soutien du service de placement de l'OAI afin de l'aider à réintégrer le monde de l'économie, dans une activité adaptée.

**B.** Par acte du 20 juin 2011 (timbre postal), Y. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision du 23 mai 2011 de l'OAI. Il soutient que son état de santé s'est beaucoup dégradé ces derniers mois, si bien que les constatations de l'intimé ne sont que très partiellement complètes. Il sollicite dès lors la production de rapports de ses médecins traitants, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise indépendante de l'AI. Enfin, il fait valoir des difficultés financières et de couple.

Par courrier du 12 juillet 2011, il a précisé qu'il était à présent suivi par le Dr G. \_\_\_\_\_ en remplacement du Dr P. \_\_\_\_\_.

Par lettre du 9 novembre 2011, le juge instructeur a invité l'assuré à produire toute pièce utile (rapport médical) en vue d'établir ses allégations dans l'acte de recours, relatives à une péjoration de son état de santé. A défaut, le tribunal statuerait en l'état du dossier.

L'assuré n'a pas donné suite à cette demande.

**E n d r o i t :**

**1.** Interjeté le 20 juin 2011, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé 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]). S'agissant des autres exigences légales de recevabilité, l'art. 61 let. b LPGA précise notamment que le recours devant les juridictions cantonales doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que des conclusions. Une règle similaire est posée à l'art. 79 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). En l'espèce, on comprend que le recourant entend se prévaloir d'une dégradation de son état de santé pour s'opposer à la décision de refus prononcée par l'intimé. Toutefois, son recours ne contient pas de motifs à l'appui de ses conclusions, le recourant n'expliquant pas sur quels points et pour quelles raisons il critique la décision attaquée. Dans ces conditions, il est douteux que son écriture satisfasse aux exigences de l'art. 61 let. b LPGA. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, car le recours est de toute façon mal fondé.

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**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 256 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Cela étant, selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**3. a)** In casu, pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé s'est fondé sur l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier notamment ceux des Drs W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ (11 janvier 2011) et T.\_\_\_\_\_ (avis des 27 octobre 2010 et 24 janvier 2011). Dans le cadre de son recours, Y.\_\_\_\_\_ n'a pas démontré qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé, qui justifierait la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. L'ensemble des praticiens consultés n'a ainsi jamais exclu la reprise de toute activité adaptée. Dans son rapport du 19 décembre 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 %, alors que la Dresse L.\_\_\_\_\_ a estimé qu'un travail léger était exigible, mais probablement pas à temps complet. Enfin, le Dr N.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a néanmoins souligné, dès le mois de décembre 2008, l'absence de substrat organique clair à l'état polyalgique de l'assuré, mentionnant une surcharge psychogène. Pour leur part, les Drs W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont clairement considéré que les atteintes présentées par l'assuré n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps et sans diminution de rendement. Les médecins du SMR ont considéré, en particulier, que le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique

n'entraînait pas d'incapacité de travail en l'espèce. Il n'y a aucun motif de s'écarter de cette constatation émise au terme d'un rapport pleinement probant.

**b)** En définitive, le simple fait que le recourant requiert des rapports médicaux des Drs P. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, ainsi qu'une expertise indépendante ne permet pas de voir en quoi les constatations de l'intimé, tirées notamment des rapports des 11 janvier 2011 des Drs W. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ et 24 janvier 2011 du Dr T. \_\_\_\_\_, seraient erronées. La Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que l'intéressé s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des certificats médicaux ayant valeur probante. Si le recourant entendait mettre en cause cette valeur probante par d'autres avis médicaux, il lui appartenait de le faire dans le délai qui lui avait été imparti, conformément à son obligation de collaborer à l'instruction de la cause (art. 61 let. c, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA).

**4.** Il s'ensuit que la décision du 23 mai 2011 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par les médecins du SMR. Vérifiée d'office, la comparaison des revenus à laquelle l'OAI a procédé ne prête pas davantage flanc à la critique.

Le recours s'avère par conséquent mal fondé, dans la mesure où il est recevable, ce qu'il convient de constater conformément à la procédure simplifiée prévue à l'art. 82 LPA-VD. Par conséquent, le recourant encourt des frais de justice réduits, qu'il y a lieu de fixer à 200 francs. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 23 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 200 fr. (deux cents francs) est mis à la charge du recourant.
- 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 :

- Y. \_\_\_\_\_ (recourant), à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, 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 :