

VD_GERICHTE ZD08.037099 vom 16. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.037099

FR: VD_GERICHTE ZD08.037099 du 16 février 2012

IT: VD_GERICHTE ZD08.037099 del 16 febbraio 2012

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 616/08 - 65/2012 ZD08.037099 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 16 février 2012 _____ Présidence de M. MÉTRAL Juges : MM.
Jomini et Neu Greffière : Mme Barman ***** Cause pendante entre : V. _____, à [...],
recourant, représenté par Me Claire Charton, avocate à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

_____ Art. 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. V. _____, né en 1955, a notamment travaillé comme aide maçon pour l'entreprise [...] SA, à [...], dès le 17 août 1998. Son médecin traitant, le Dr P. _____, a attesté une incapacité de travail totale dès le 29 mai 2004 en raison de cervico-scapulalgies gauches. Ces douleurs se sont par la suite compliquées d'un syndrome déficitaire du membre supérieur gauche dans un contexte de hernie discale C6-C7. En raison de cette dernière atteinte à la santé, V. _____ s'est soumis à une discectomie, avec mise en place d'une cage inter-somatique par voie antérieure, le 10 août 2004. Une tentative de reprise de son activité professionnelle à 50 %, dès le 22 novembre 2004, a échoué, les cervico-scapulalgies gauches s'aggravant, avec l'apparition de douleurs dorsales et de lombalgies inférieures. Toutefois, dans un rapport du 7 décembre 2004, le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a fait état d'un bilan radiologique de la colonne dorsolombaire normal, sans trouble dégénératif manifeste, les espaces intervertébraux étant conservés avec un bon alignement du mur postérieur. Au-delà d'une chirurgie cervicale récente, laissant pour séquelle une discrète altération douloureuse de la mobilité cervicale, l'examen clinique restait relativement rassurant, sans déficit neuromoteur manifeste des membres supérieurs ou inférieurs. Ces examens ne permettaient pas d'expliquer la globalité de la symptomatologie alléguée, sa localisation ni son retentissement sur le fonctionnement global du patient. Pour sa part, le Dr L. _____, médecin au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), consulté dès le 31 janvier 2005, a posé le diagnostic de pan-rachialgies diffuses chroniques non spécifiques persistantes, status après cure chirurgicale de hernie discale C6-C7 en août 2004 et déconditionnement physique global et focal. Il préconisait une rééducation au long cours, en milieu thermal d'abord, puis une kinéphysiothérapie au long cours. Une reprise du travail n'était pas envisageable en l'état, étant précisé que le patient présentait,

- 3 - parallèlement à la pathologie structurelle, un état anxio-dépressif réactionnel à la pérennisation de ses douleurs (rapport du 7 février 2005). B. Le 12 mai 2005, V. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il s'est par ailleurs soumis à une expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'assurance-maladie collective en cas de perte de gain auprès de laquelle son employeur l'avait assuré ([...] Assurances). Cette expertise a

été réalisée au Centre multidisciplinaire de la douleur (ci-après : CMD), à Genolier, le 19 avril 2005. Dans un rapport d'expertise du 29 juillet 2005, communiqué à l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI), les médecins du CMD ont posé les diagnostics suivants : «- Status post discectomie C6-C7 en août 2004 avec mise en place d'une cage de carbone. - Cervico-brachialgies gauches et lombosciatalgies gauches d'origine plurifactorielle (status post-discectomie C6-C7 ; troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires modérés ; probable périarthropathie de hanche gauche ; syndrome somatoforme douloureux). - Troubles sensitivo-moteurs hémicorporels gauches sans substrat somatique.» La capacité de travail de l'assuré était évaluée à 75 % au minimum dans une activité légère ne nécessitant pas le port de charges lourdes et permettant des changements relativement fréquents de position. La diminution de la capacité de travail correspondait à une diminution de rendement de 25 % pour une activité exercée à temps plein. Cette limitation était due aux atteintes à la santé physique constatées, les experts ayant nié l'existence d'une atteinte à la santé psychique restreignant la capacité de travail de l'assuré. C. V. _____ n'a plus repris le travail pour [...] SA, dont la faillite a été prononcée le 14 juillet 2005 par le Président du Tribunal de l'arrondissement [...]. D. Dans un rapport du 14 octobre 2005 adressé à l'OAI, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de polyalgie de la région cervicale gauche et du membre supérieur gauche, faiblesse du bras et de la main gauches,

- 4 - dorso-lombalgies gauches et douleurs de la hanche gauche, ainsi que de syndrome somatoforme douloureux. Il a également posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après discectomie C6-C7 avec mise en place d'une cage pour cure de hernie discale C6-C7 gauche, et de syndrome plurimétabolique. L'état de santé de l'assuré se péjorait. L'incapacité de travail totale dans l'activité antérieure était totale, mais une activité légère ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kg et permettant de fréquents changements de position serait adaptée, avec un rendement de 75 % au minimum. Compte tenu de la large discrépance entre les doléances du patient et les constatations des différents médecins qui l'avaient examiné, le Dr P. _____ recommandait une nouvelle évaluation interdisciplinaire (neurologue, rhumatologue et psychiatre). Par la suite, le Dr P. _____ a adressé l'assuré à divers spécialistes. La Dresse J. _____, cheffe de clinique au Service universitaire de neurochirurgie du CHUV, a notamment procédé à une consultation ambulatoire le 28 mars 2006. Dans un rapport du même jour, elle indiquait que l'assuré présentait principalement des douleurs nucales, avec une hypoesthésie douloureuse du membre supérieur gauche, ainsi que des paresthésies et des douleurs de l'avant-bras pendant la nuit. Elle proposait un examen électromyélographique pour objectiver s'il y avait réellement une atteinte pluriradiculaire du côté gauche et s'il y avait éventuellement un ralentissement de conduction à droite qui pourrait évoquer un syndrome du tunnel carpien, étant précisé que l'examen clinique ne parlait pas en faveur d'un tel syndrome. La Dresse J. _____ ne proposait pas de nouvelle imagerie par résonance magnétique, compte tenu des résultats d'une précédente imagerie réalisée en mai 2005 et qui était tout à fait rassurante. Le 7 avril 2006, le Dr T. _____, spécialiste en neurologie, a pratiqué un examen électroneuromyographique et a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral, avec des signes d'atteinte neurogène chronique dans le triceps gauche compatibles avec une atteinte de la racine C7. Le syndrome du tunnel carpien était clairement

- 5 - symptomatique à droite alors qu'il était beaucoup plus difficile à dire s'il avait une traduction clinique à gauche. L'avis d'un chirurgien spécialiste de la main était donc requis.

Le 15 mai 2006, la Dresse R. _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive ainsi qu'en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de syndrome du canal carpien bilatéral associé à des paresthésies résiduelles après une intervention chirurgicale sur une hernie discale C6-C7. La symptomatologie était toujours plus présente à gauche qu'à droite. A droite, les paresthésies étaient présentes au réveil, mais n'avaient ni un caractère insomniant, ni un caractère handicapant durant la journée. Malgré un électromyogramme positif, le patient souhaitait attendre avant de fixer une intervention. Le 17 novembre 2006, le Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a également reçu l'assuré pour un examen clinique. Il a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches chroniques de topographie C7, avec essentiellement une hypo-dysesthésie des 3ème et 4ème doigts de la main gauche, sans déficit moteur, ainsi que de lombalgies chroniques communes. Dans un rapport du 20 novembre 2006, il a notamment fait état d'un examen clinique relativement rassurant, «puisque'il n'y a qu'un très léger syndrome rachidien», et a mentionné une discordance entre les allégations douloureuses de l'assuré et les constatations cliniques objectives, «qui sont très pauvres», en tout cas du point de vue du status ostéoarticulaire rachidien. Il n'y avait pas de syndrome rachidien lombaire et la mobilité était tout à fait conservée. D'un point de vue neurologique, le Dr G. _____ ne retrouvait qu'une légère dysesthésie du territoire C7 à gauche, sans autre symptôme suggestif d'un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Le status neurologique des membres inférieurs était normal. Il n'y avait donc pas lieu d'envisager des examens complémentaires «au vu de la quasi normalité du status clinique». En ce qui concernait la problématique du syndrome du tunnel carpien, il convenait de convaincre l'assuré de se faire finalement opérer, puisque le Dr T. _____ avait clairement mis en

- 6 - évidence un syndrome du tunnel carpien au niveau du côté droit, qui semblait le gêner par moments. E. Entre-temps, l'OAI a convoqué l'assuré pour un stage au centre ORIPH d'Yverdon-les-bains (Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité ; ci-après : COPAI), du 25 septembre au 27 octobre 2006. D'après le rapport de stage établi le 28 novembre 2006, les limitations fonctionnelles observées découlaient de difficultés à trouver une position de travail durablement confortable, d'où une alternance des positions, même assis. L'assuré évitait également les mouvements en amplitude et se plaignait de douleurs à la nuque et au bras gauche. Une limitation de la capacité de travail à 75 %, sur une journée entière, en découlait. Durant le stage, les rendements observés dans les activités légères étaient de 50 %, mais étaient influencés par des facteurs extérieurs aux atteintes à la santé, tels que le déconditionnement et le manque de motivation. La conduite simple d'une machine-outil, du travail à l'établi, du conditionnement ou du montage simple constituaient des exemples d'activités adaptées. Un rapport du 6 novembre 2006 du Dr Z. _____, médecin-conseil du COPAI, était joint au rapport de stage. Il faisait notamment état d'examens pratiqués les 19 et 26 septembre 2006, ainsi que le 24 octobre 2006, ne remettant pas en cause les constatations relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré de 75 % dans une activité légère, permettant l'alternance des positions. Par la suite, l'OAI a proposé à l'assuré un stage dans un centre d'intégration professionnel. V. _____ y a toutefois renoncé en exposant qu'il ne s'estimait pas apte à travailler cinq jours par semaine et qu'il se soumettrait prochainement à une opération du tunnel carpien. L'OAI l'a informé du fait qu'il statuerait sur le droit à la rente en se fondant sur une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée («rapport final» du 15 décembre 2006 du Service de réadaptation de l'OAI). F. Le 5 février 2007, l'OAI a notifié à V. _____ un projet de décision d'allocation d'une rente entière pour une période limitée du 1er mai au 30 septembre 2005.

L'assuré a contesté ce projet de décision le 6

- 7 - mars 2007 en alléguant une péjoration constante de son état de santé depuis 2004 et en requérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. G. Le 1er mai 2007, V. _____ s'est soumis à une opération du tunnel carpien droit, pratiquée par la Dresse R. _____. Le 1er octobre 2007, il s'est soumis à un nouvel examen clinique par le Dr G. _____, qui a posé le diagnostic de cervico-brachialgies gauches chroniques de topographie C6-C7 avec hypodysesthésie des 1er, 2ème, 3ème et 4ème doigts de la main gauche. Les plaintes de l'assuré et l'examen clinique étaient globalement inchangés par rapport à ceux de 2006, sous réserve d'une péjoration du status clinique neurologique subjectif, avec l'apparition de troubles sensitifs également dans le territoire C6 à gauche. Un nouvel examen par le Dr T. _____ était donc proposé, pour s'assurer, par un électroneuromyogramme, de l'absence de péjoration objective du status clinique neurologique (rapport du 2 octobre 2007). Le 22 octobre 2007, le Dr T. _____ a revu l'assuré et a renoncé à un nouvel examen électroneuromyographique, en l'absence d'aggravation objectivable concernant les troubles de la sensibilité depuis le dernier examen du 7 avril 2006. Ces troubles restaient très étendus au membre supérieur gauche et dépassaient un territoire radiculaire. Une imagerie par résonance magnétique pratiquée le 14 février 2008 au Service de neurochirurgie du CHUV n'a pas mis en évidence de nouvelle lésion cervicale de type compression médullaire ou radiculaire et a confirmé la stabilité mécanique de la colonne (rapport du 26 février 2008 des Dresses J. _____ et W. _____). H. Dans une lettre du 18 avril 2008, le Dr P. _____ a recommandé à l'OAI de convoquer l'assuré pour un examen médical afin de faire le point. Le patient attestait de douleurs inchangées en dépit des résultats des investigations et examens cliniques pratiqués par le service de neurochirurgie. Un «consilium digestif» avait été agendé auprès du Dr U. _____, spécialiste en gastro-entérologie, en raison d'un syndrome

- 8 - douloureux abdominal, d'une dyspepsie, d'une altération des tests hépatiques et des lipides ainsi que d'une ferritine augmentée. Le 10 octobre 2008, l'assuré a informé l'OAI du fait qu'il avait subi une opération du ménisque du genou gauche le 3 octobre précédant. Il lui demandait de surseoir à statuer dans l'attente de renseignements médicaux plus complets. Le 27 octobre 2008, l'OAI a exposé à l'assuré qu'il considérait les lésions du genou gauche comme une nouvelle atteinte à la santé. Il recevrait par conséquent une décision d'octroi de rente pour la période du 1er mai au 30 septembre 2005, étant précisé qu'il pourrait déposer une nouvelle demande en cas d'incapacité de travail persistant plus d'une année en raison de l'état de son genou gauche. Par décision du 6 novembre 2008, l'OAI a alloué à V. _____ une rente entière limitée à la période du 1er mai au 30 septembre 2005. I. L'assuré a recouru contre cette décision le 11 décembre 2008 en concluant, en substance, à l'octroi d'une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 septembre 2005, sous suite de frais et dépens. L'intimé a conclu au rejet du recours, le 19 mars 2009. Le 7 septembre 2011, l'OAI a informé le Tribunal du fait qu'un tiers avait déclaré avoir observé le recourant en train d'effectuer des travaux requérant un engagement physique important, à cinq reprises lors des quatre dernières années. Les activités manuelles décrites étaient d'une intensité tout à fait significative, à savoir par exemple la culture de pommes de terres et de maïs, le travail de la terre, la manipulation de fumier à la fourche, la coupe de bois ou encore la conduite d'un tracteur sur sol accidenté. Le 3 octobre 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a communiqué une copie de cette détermination au recourant, en précisant qu'à première vue, elle n'apportait rien de nouveau au dossier.

- 9 - La cause paraissait en l'état d'être jugée, de sorte que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu sans autre mesure d'instruction. Le 28 novembre 2011, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de ses allégations et a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. S'agissant de l'exercice régulier et intense d'une activité agricole pendant les dernières années, il a précisé avoir donné «quelques coups de main» à sa fille, lorsqu'il était en vacances au Portugal, dans l'exploitation «de quelques mètres carrés de maïs, pommes de terre ou haricots» qu'elle avait plantés pour sa propre consommation. Il s'agissait d'une activité très ponctuelle et dont l'intensité était dictée par les douleurs dont il souffrait. Son nouveau médecin traitant, le Dr E. _____, lui avait d'ailleurs recommandé d'avoir des activités légères en guise de physiothérapie. La dernière détermination du recourant a été communiquée à l'intimé pour information, le 1er décembre 2011. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

- 10 - b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier pour la période postérieure au 30 septembre 2005. 3. a) En cas de changement de règles de droit matériel, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; 127 V 466 consid. 1; 126 V 163 consid. 4) ; par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 362 consid. 1b). b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - 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 ; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) –, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demie rente s'il

- 11 - était invalide à 50 % au moins, à trois quart de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007,

prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). c) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1er janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1er janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1er janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

- 12 - équilibré («revenu d'invalidé») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 cons. 3.4). d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). 4. L'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait pu réaliser, en 2005, un revenu de 60'047 fr. («revenu sans invalidité»). Cet aspect de la décision litigieuse n'est pas contesté et ne prête d'ailleurs pas flanc à la critique, au regard des renseignements communiqués à l'intimé par l'ancien employeur du recourant, le 13 juin 2005. 5. a) Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans la décision litigieuse. Il soutient que les seules atteintes à sa santé physique l'empêchent de travailler à plus de 50 %, dans une activité légère lui permettant d'alterner les positions assise et debout, et n'imposant pas le port de charges supérieures à 5 kg. Les positions en porte-à-faux doivent également être évitées. Il se réfère sur ce point à un rapport du 12 mai 2011 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, qu'il a produit à l'appui du recours. L'intimé conteste une telle incapacité de travail en se référant aux rapports médicaux figurant au dossier qu'il a constitué. Il soutient également que des tiers l'ont informé du fait que le recourant avait été aperçu alors qu'il réalisait des activités physiques d'une intensité tout à fait significative, telle que la culture de pommes de terre et de maïs, le travail de la terre, la manipulation de fumier à la fourche,

la coupe de bois ou encore la conduite d'un tracteur sur sol accidenté.

- 13 - b) Les allégations de l'intimé, en cours de procédure, relatives aux activités lourdes que l'assuré aurait réalisé dans son pays d'origine, ne sont étayées par aucune pièce nouvelle par rapport à celles figurant déjà au dossier. On trouve dans ces pièces plusieurs dénonciations du recourant, par un tiers dont l'intimé n'a pas jugé nécessaire de procéder à l'audition avant de statuer. Il n'en demande pas davantage l'audition dans la présente procédure de recours. En l'état, ces allégations sont trop vagues pour revêtir une valeur probante et établir que le recourant disposerait d'une capacité résiduelle de plus de 50 % contrairement à ce qu'il soutient. c) Sur le plan médical, le Dr S. _____ pose les diagnostics de polyarthrose, de lombosciatique L5-S1 gauche ainsi que de tendinite du sus-épineux de l'épaule gauche et de trouble somatoforme douloureux. Seul le diagnostic de tendinite du sus-épineux de l'épaule gauche semble réellement nouveau par rapport à ceux déjà posés dans les rapports médicaux figurant au dossier de l'intimé. Le Dr S. _____ ne précise pas quand cette affection serait apparue et rien ne permet de penser qu'elle était déjà présente, mais qu'elle aurait été négligée par les médecins consultés jusqu'à la décision litigieuse du 6 novembre 2008. On doit considérer, par conséquent, que le recourant ne présentait à l'époque aucune incapacité de travail en lien avec cette tendinite du sus-épineux. De manière plus générale, le Dr S. _____ ne précise pas s'il atteste une incapacité de travail pour la période à laquelle il a établi son rapport médical ou pour la période antérieure également. Or, le point de savoir si le recourant a présenté une péjoration de son état de santé limitant davantage encore sa capacité de travail, postérieurement à la décision litigieuse, n'est pas pertinent pour statuer sur l'objet du litige (cf. consid. 3a ci-avant). A l'époque de la décision litigieuse, le recourant avait consulté de nombreux spécialistes, qui ont constaté une nette discordance entre les douleurs et les constatations objectives sur le plan somatique, tant d'un point de vue clinique que radiologique. Les constatations des Drs

- 14 - J. _____ et G. _____, en particulier, ont corroboré celles des médecins du CMD de Genolier, d'après lesquels le status post-dissectomie C6-C7 ainsi que les troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires modérés dont souffrait l'assuré ne l'empêchaient pas de travailler à plein temps, avec un rendement de 75 %, dans une activité légère permettant l'alternance des positions et n'imposant pas le port de charges supérieures à 15 kg. Dans ce contexte, les Drs T. _____ et R. _____ ont, certes, constaté un syndrome du tunnel carpien, dont l'assuré s'est fait opérer, à droite, le 1er mai 2007. Mais ses plaintes concernaient essentiellement le côté gauche, pour lequel la traduction clinique du syndrome du tunnel carpien était difficile à déceler (rapport du 7 avril 2006 du Dr T. _____), la Dresse R. _____ ayant par ailleurs constaté, en mai 2006, que le syndrome du tunnel carpien à droite n'était que peu gênant à l'époque (rapport du 15 mai 2006). Les constatations médicales réalisées à l'époque, mais également le rapport de stage au COPAI d'Yverdon-les-bains, ne permettent donc pas de considérer que l'assuré présentait une diminution de sa capacité de travail supérieure à 25 % dans une activité adaptée, telle que décrite ci-avant, y compris en prenant en considération le syndrome du tunnel carpien mis en évidence par les Drs T. _____ et R. _____. Une nouvelle expertise médicale sur ce point n'est pas nécessaire. Par la suite, les Drs T. _____ (rapport du 22 octobre 2007), J. _____ et W. _____ (rapport du 26 février 2008) ont confirmé un état de santé stable d'un point de vue neurologique et ostéo-articulaire. Pour sa part, le Dr P. _____ a recommandé un consilium pluridisciplinaire, en faisant notamment état d'un syndrome

douloureux abdominal, d'une dyspepsie, d'une altération des tests hépatiques et des lipides ainsi que d'une ferritine augmentée. Ces constatations s'inscrivent toutefois dans le contexte plurimétabolique diagnostiqué en octobre 2005 par ce médecin (rapport du 14 octobre 2005), diagnostic auquel il n'attribuait lui-même aucune influence sur la capacité de travail du recourant. Ce dernier ne soutient d'ailleurs pas, dans son recours, que ce syndrome entraînerait une incapacité de travail. A cet égard également, une nouvelle expertise n'est pas nécessaire.

- 15 - Enfin, en ce qui concerne le genou gauche du recourant et l'intervention chirurgicale subie le 3 octobre 2008, l'intimé a exposé à juste titre, le 10 octobre 2008, que ces circonstances nouvelles pourraient être prise en considération, en cas d'incapacité de travail persistante, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestation. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, à propos duquel le recourant ne soulève aucun grief. 6. a) Sur le plan psychiatrique, le recourant soutient que son état de santé s'est péjoré, dans le sens d'une chronicisation, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire est désormais nécessaire. Il a produit à l'appui de ses conclusions une lettre du 22 novembre 2011 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à sa mandataire. Ce médecin expose que le recourant le consulte depuis le 26 juillet 2011. Il précise que l'assuré présente «une symptomatologie dépressive, d'origine multi- factorielle, qu'il faut mettre en lien avec sa pathologie somatique, mais aussi avec son isolement social». La dépression se caractérise essentiellement par un sentiment de dévalorisation et de perte d'estime de soi. D'une manière générale, la situation de ce patient ne s'est pas améliorée ces derniers temps, au contraire elle semble se chroniciser. Il ajoute que «concernant le problème d'une inaptitude possible au travail pour des raisons psychiques, je dois vous signaler que, sur la base des éléments que j'ai à disposition, une appréciation négative a été déjà formulée par le Dr D._____ le 23.02.09 et – j'imagine – communiquée au patient. Toutefois, je crois que, d'une manière générale, le débat autour de l'invalidité se fige trop souvent derrière l'étiquette du diagnostic [...] alors que la réflexion psychosociale et biomédicale parrainée par l'OMS ces dernières années va beaucoup plus loin et se penche sur des concepts multidimensionnels tels que le fonctionnement social d'une personne et sa capacité d'adaptation (cf. CIM-10). [...]». b) Ce rapport établi par le médecin traitant de l'assuré ne remet pas en question les constatations des médecins du CMD relatives à l'absence d'incapacité de travail du recourant en relation avec une atteinte à la santé psychique. D'abord, il est très ambigu sur le point de

- 16 - savoir si les Drs D._____ et Q._____ sont effectivement d'avis que l'assuré présente une incapacité de travail en raison d'une atteinte à sa santé psychique. Le Dr Q._____ ne fait état que d'une incapacité de travail «possible» et souligne que l'incapacité de travail devrait surtout, de son point de vue, découler d'atteintes orthopédiques et rhumatologiques. Ensuite, le Dr Q._____ ne dit rien d'une éventuelle incapacité de travail pour des motifs psychiques jusqu'au moment de la décision litigieuse. Enfin, les médecins de la CMD ont eux aussi posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, mais n'ont pas considéré qu'il entraînait une incapacité de travail. Cette constatation correspond à la présomption posée par la jurisprudence, d'après laquelle un trouble somatoforme douloureux n'entraîne pas d'incapacité de travail, à moins que certaines circonstances soient réunies, par exemple une commorbidité psychiatrique ou d'autres circonstances telles qu'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, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (ATF 130 V 352). La plupart de ces critères n'étaient pas remplis lorsque les médecins du CMD ont établi leur expertise et rien au dossier ne permet de constater qu'ils l'auraient été jusqu'à la date de la décision litigieuse. Le Dr Q._____ mentionne désormais un isolement social, mais sans autre détail et sans préciser depuis quand ce constat serait valable d'après lui. Le rapport établi par ce médecin ne permet donc pas de mettre sérieusement en doute les constatations du CMD relative à l'absence d'incapacité de travail pour des raisons psychiques, ni de rendre suffisamment vraisemblable une péjoration de l'état de santé psychique du recourant, de nature à entraîner une incapacité de travail durable, entre la date de l'expertise et celle de la décision litigieuse du 6 novembre 2008. Une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique n'est donc

- 17 - pas davantage nécessaire que sur le plan somatique pour statuer sur le droit aux prestations pour la période entrant en considération. 7. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions et n'imposant pas le port de charges supérieures à 15 kg, l'intimé a considéré que le recourant aurait pu réaliser, en 2005, malgré les atteintes à sa santé, un revenu de 36'867 fr. 15. Il s'est référé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, publiée par l'Office fédéral de statistique, et a procédé aux adaptations nécessaires pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2005, ainsi que de la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises et des limitations des perspectives salariales du recourant liées aux circonstances personnelles telles que son âge et ses limitations fonctionnelles. Cette manière d'établir le revenu que pourrait encore réaliser le recourant malgré son handicap est conforme à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75). A juste titre, le recourant ne soulève aucun grief contre cet aspect de la décision litigieuse, sur lequel il n'y a donc pas lieu de revenir. Il ressort d'une comparaison de ce revenu de 36'867 fr. 15 avec le revenu hypothétique sans invalidité constaté ci-avant (consid. 4) que le recourant présentait, dès la date de l'expertise du CMD au plus tard, un taux d'invalidité de 39 % n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité. La suppression de la rente d'invalidité dès le 1er octobre 2005 est donc fondée. 8. Le recourant voit ses conclusions intégralement rejetées, de sorte qu'il supportera les frais de justice et qu'il ne peut pas prétendre une indemnité de dépens (art. 69 al. 1bis LAI, 61 let. g LPGA et 66 LPA-VD).

- 18 - 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 6 novembre 2008 de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et 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 : - Me Claire Charton (pour V._____) - 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

- 19 - Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).
La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.