

VD_GERICHTE ZD09.005800 vom 21. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.005800

FR: VD_GERICHTE ZD09.005800 du 21 juin 2010

IT: VD_GERICHTE ZD09.005800 del 21 giugno 2010

Erwägungen

E. 22

mars 2004. Ce médecin a posé un pronostic défavorable. d) Dans un rapport médical du 7 juillet 2005, la Dresse S. _____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressé, soit sans élévation des bras et sans soulèvement de charges d'un poids supérieur à 5 kg. e) Du 27 février au 24 mars 2006, l'assuré a effectué un stage d'observation au Centre Oroph-COPAI, à Yverdon-les-Bains. Le 28 mars 2006, le Dr Z. _____, médecin-conseil auprès de l'Oroph, a rédigé un résumé de préexamen du 14 février précédent et du stage d'observation. Il a relevé que l'assuré utilisait sa main droite uniquement en appui et qu'il conservait le bras droit collé au corps. Il n'a pas constaté de trouble circulatoire de la main droite ni de déficit neurologique. La force de la main était bonne. Le Dr Z. _____ a exposé les plaintes de B. _____ concernant des douleurs à l'épaule droite, dont il disait ne plus pouvoir se servir. Il a néanmoins mis en évidence de discrètes traces de travail sur la main droite avec une légère hyperkératose et une absence d'hypotrophie du bras, de l'avant-bras et de la main. Ce médecin a considéré que, sur le plan médico-théorique, il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions du SMR, selon lequel l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a toutefois souligné qu'en atelier, l'assuré avait obtenu des rendements de l'ordre de 40 % uniquement, dans des activités très simples. A cela s'ajoutait que l'intéressé s'avérait daltonien et qu'il confondait les couleurs, ce qui limitait le choix d'une nouvelle activité, compte tenu également d'un faible niveau intellectuel. Selon un bilan COPAI du 3 avril 2006, la capacité de travail de B. _____ dans une activité adaptée était de 100 %, avec un rendement observé et envisageable d'environ 40 %. Le travail exigible consistait en

- 4 - des activités de conditionnement léger ou la conduite de machines, par exemple. Dans un rapport du 5 avril 2006, le COPAI a mis en évidence l'excellente attitude de l'assuré durant le stage. La diminution de productivité provenait du fait que B. _____ n'avait utilisé que son bras gauche pour effectuer les tâches qui lui avaient été confiées. Le COPAI a mis en évidence que l'assuré avait perdu l'usage de son membre supérieur droit dominant d'un point de vue professionnel et qu'il ne pouvait assumer une productivité industrielle rentable dans des activités nécessitant d'utiliser les deux mains. Il n'avait en outre pas les compétences requises pour faire face à des fonctions où l'usage des mains était restreint, comme des activités de contrôle ou de surveillance. Le COPAI a encore précisé que l'assuré disposait de bonnes aptitudes dans la compréhension et l'expression orales du français, mais qu'il n'était pas en mesure de l'écrire et ne pouvait lire que des phrases simples. f) Par avis médical du 25 avril 2006, la Dresse S. _____ a indiqué que le médecin-conseil du COPAI avait examiné l'assuré à trois reprises et n'avait constaté aucun signe de non-utilisation du membre supérieur droit. Elle a noté l'absence d'hypotrophie musculaire,

la présence de légères traces de travail sur la main droite et une bonne force de la même main. Elle a donc estimé que B. _____ n'avait pas mis en valeur toutes ses ressources au cours du stage d'observation auprès de l'Oriph. Ce médecin a dès lors confirmé son appréciation du 7 juillet 2005, qui concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. g) Par décision du 19 juin 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a octroyé à l'assuré un reclassement (art. 17 LAI) sous la forme d'un stage auprès du Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après : CIP), à Genève. Le 17 novembre 2006, l'OAI a prolongé cette mesure de reclassement jusqu'au 18 février 2007.

- 5 - Dans un rapport du 5 décembre 2006, le CIP a indiqué que l'assuré n'utilisait pratiquement pas sa main droite dans l'exécution de ses tâches et qu'il en résultait un rendement limité de 30 % à 35 %, pouvant exceptionnellement atteindre 40 %. Il était possible d'envisager une réadaptation dans une activité d'ouvrier au conditionnement léger ou d'ouvrier à l'établi pour des travaux simples sans port de charge. Le CIP a préconisé un nouveau mandat de trois mois au sein du service ESPACE pour la mise en place de stages en entreprises et, si possible, l'élaboration d'un projet professionnel. Dans un rapport d'observation du 22 février 2007, le service ESPACE a considéré que l'assuré pouvait théoriquement être reclassé dans une activité simple ne demandant l'utilisation de la main droite que comme aide. Les rendements durant les stages en entreprise avaient été de l'ordre de 40% pour une activité à plein temps, ce qui était insuffisant pour être engagé, malgré la bonne volonté de l'assuré. h) Le 9 mars 2007, la division administrative de l'OAI a rendu un rapport final dont la teneur était la suivante : "Notre assuré est arrivé au terme de son stage auprès du CIP. A l'issue de cette mesure, les conclusions du Centre sont que Monsieur B. _____ peut être réadapté dans une activité simple ne demandant l'utilisation de la main droite que comme aide exclusivement. Les rendements évalués lors du stage à l'APAIL, ainsi qu'en entreprise sont de l'ordre de 40%. Malgré l'engagement et la bonne volonté de l'intéressé, il n'est pas parvenu à augmenter son niveau de rendement. Dès lors, nous pouvons conclure comme suit : notre assuré a perdu l'usage de son membre supérieur dominant d'un point de vue professionnel, cela étant, il ne peut assumer une productivité entière face à des activités sollicitant l'usage des mains. Par ailleurs, il ne dispose pas des ressources intellectuelles et cognitives requises pour faire face à des fonctions où l'usage des mains est restreint (contrôle, surveillance). Une activité d'ouvrier au conditionnement léger ou ouvrier à l'établi serait adaptée avec un taux de présence de 100% et un rendement de 40%.

- 6 - Nous nous voyons ainsi contraints de nous éloigner de l'exigibilité du SMR. En effet, le stage d'observation au COPAI, la mesure d'orientation au CIP, ainsi que les stages en entreprises présentent les mêmes conclusions en ce qui concerne le rendement. Les activités adaptées relevant du domaine industriel, nous allons nous référer à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS. Il n'y a pas lieu de tenir compte de facteurs de réduction étant donné la diminution de rendement admise. Le revenu sans invalidité se monte à Sfr. 71'136.- en 2005 pour l'activité de monteur en paratonnerre chez Haehni SA." i) Le 9 août 2007, la Dresse X. _____, rhumatologue et médecin traitant de l'assuré, a adressé une lettre à l'OAI, soulignant que son patient souffrait d'une sévère capsulite rétractile de l'épaule droite, laquelle était totalement bloquée. Selon ce médecin, l'assuré se plaignait également de douleurs importantes. Cette situation entraînait une impotence complète du membre supérieur droit. La Dresse X. _____ a encore précisé qu'au vu du

résultat des stages d'observation effectué par B. _____, celui-ci ne pourrait travailler que quelques heures par jour, avec un rendement diminué, dans une activité ne nécessitant pas l'usage du bras droit. B. Un rapport médical du 4 juillet 2007 émanant des Drs H. _____ et J. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à la Consultation de Chauderon de la Polyclinique du Département de psychiatrie du CHUV, retenait les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de troubles somatoformes douloureux. Au vu de cet avis médical, l'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assuré au Centre d'expertise médicale (ci- après : CEMed), à Nyon. B. _____ a été examiné le 20 décembre 2007. Dans son rapport d'expertise du 5 mars 2008, le Dr P. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'anamnèse personnelle, professionnelle et sociale de l'assuré. Il a également décrit l'évolution de la maladie et le résultat des thérapies entreprises. Il a expliqué que l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs permanentes de l'épaule droite, d'une certaine anxiété, d'une grande

- 7 - émotivité, d'une fatigue et d'une tristesse légères, ainsi que de sentiments de dévalorisation et d'un manque de confiance. Ce médecin a souligné que l'attitude de B. _____ était démonstrative, puisqu'il disait ne pas pouvoir détacher son bras droit du corps sans ressentir de vives douleurs, alors qu'en cas de distraction, la mobilité du membre supérieur était plus importante; l'assuré avait ainsi pu faire un mouvement ample du bras droit pour enlever et mettre son pull ou prendre un document dans son porte-monnaie. Le Dr P. _____ a également relevé le manque de compliance de l'assuré à ses traitements antalgique et antidépresseur. Sur la base de ses observations, il a souligné que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations objectives. Le Dr P. _____ a retenu le diagnostic de dysthymie (F34.1) existant depuis le mois de mars 2004 et s'inscrivant dans l'évolution chronique d'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. Il a estimé que l'état thymique de l'assuré ne présentait plus les critères diagnostics d'un épisode dépressif tel que celui retenu par le CHUV le 4 juillet 2007. Le Dr P. _____ a encore retenu le diagnostic de majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), de début indéterminé. Il a précisé qu'il n'avait pas pu mettre en évidence de critères pour un trouble somatoforme. Il a considéré que les affections dont souffrait B. _____ n'étaient pas graves et qu'elles ne causaient pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. Ce médecin a donc estimé que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% sans limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et qu'un effort de volonté pouvait raisonnablement être exigé de lui, afin qu'il collabore mieux aux mesures de réadaptation professionnelles. C. a) Par avis médical du 17 mars 2008, le Dr R. _____, du SMR, a confirmé les conclusions des avis des 7 juillet 2005 et 26 avril 2006 de ce service. b) Le 19 août 2008, le Prof. M. _____, chef de service au Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, a réexaminé l'assuré à sa

- 8 - demande. Par lettre du 21 août 2008 à la Dresse X. _____, il a indiqué ce qui suit : "A l'examen clinique : Garde son MS droit collé au corps, coude fléchi à 90°. Il n'y a pas d'atrophie musculaire significative. Pour fléchir le coude, doit appuyer sur l'épaule droite. Sur demande la flexion et l'abduction actives ne dépassent pas 10° mais le patient, pour se vêtir, est capable de faire une abduction d'environ 80°. La rotation externe ne dépasse pas – 10°, rotation interne grand trochanter. Le patient exerce une forte résistance active avec mouvement de retrait. Radiologiquement, les RX de l'épaule droite réalisées ce jour ne

montrent pas de troubles dégénératifs gléno-huméraux. Appréciation : M. B. _____ présente donc des douleurs chroniques intenses du MS droit ainsi qu'un important handicap fonctionnel vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme. Il n'y a, à ce stade, aucune indication à une révision chirurgicale. (...) " c) Le 1er septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il a retenu que, médicalement, le recourant présentait une incapacité de travail entière dans son ancienne activité de monteur en paratonnerre, mais qu'il conservait une pleine capacité de travail et de gain dans des activités adaptées. L'expertise psychiatrique du CEMed du 5 mars 2008 montrait qu'il n'y avait pas de limitations psychiatriques et que la capacité de travail était, à cet égard, de 100%. La comparaison du revenu sans invalidité, soit 74'655 fr. 50, et du revenu d'invalidité exigible selon les statistiques de l'ESS après un abattement de 15%, ce qui représentait 51'181 fr. 05, aboutissait à un degré d'invalidité de 30%, n'ouvrant pas le droit à une rente. L'abattement de 15 % était justifié par les limitations fonctionnelles de l'activité adaptée, soit ne nécessitant pas l'élévation des bras ou le soulèvement de charges supérieure à 5 kg.

- 9 - d) Par lettre du 3 octobre 2008, les Drs H. _____ et N. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès de la Consultation de Chauderon de la Polyclinique du Département de psychiatrie du CHUV, ont décrit l'état de santé psychique de B. _____ comme suit : "clinique anxio-dépressive moyenne à sévère avec une anhédonie, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de la mémoire, une perturbation du sommeil, des idées d'insuffisance, de dévalorisation, d'inutilité et une vision atrophiée de l'avenir avec perte d'espoir". Cette lettre a été transmise à l'OAI le 7 octobre 2008 par l'avocat de l'assuré. Le 14 octobre 2008, le conseil de l'assuré a fait parvenir à l'OAI une lettre du 7 octobre précédent du Prof. M. _____, selon lequel l'évaluation de la capacité de travail et des activités encore exigibles de la part de B. _____ devait faire l'objet d'un examen approfondi sous la forme d'une expertise réalisée par un médecin neutre. Le 15 septembre 2008, l'assuré a été auditionné par le SMR, qui a rendu un avis le 8 décembre suivant. Selon ce service, les avis médicaux des Drs H. _____ et N. _____ et du Prof. M. _____ n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de changer l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Le SMR a donc confirmé les conclusions du rapport d'examen du 7 juillet 2005. e) Le 19 janvier 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 1er septembre 2008, accompagnée d'une lettre explicative dans laquelle il se fondait sur les motifs invoqués par le SMR dans son rapport médical du 8 décembre 2008 pour écarter les objections de l'assuré. D. a) B. _____ a recouru contre cette décision par acte du 17 février 2009, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est allouée dès le 2 novembre 2003 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il fait valoir que sa capacité de travail et de rendement, telle qu'elle a été arrêtée dans

- 10 - la décision entreprise, n'est pas conforme aux pièces du dossier. Il relève que, selon le COPAI, il dispose d'une faculté de rendement de 40 % dans une activité adaptée. Le recourant indique que les mesures de reclassement mises en œuvre ont également démontré un rendement de 40 % au maximum dans une activité adéquate. Le recourant en déduit que sa capacité de travail est de 35 % en moyenne. Il met encore en évidence le fait que sa motivation a toujours été jugée bonne. De plus, selon le recourant, les conclusions de l'expertise psychiatrique du CEMed ne sauraient jouer un rôle déterminant, dès lors que la

limitation de sa capacité de travail est principalement la conséquence de la perte de l'usage de son bras droit. Le recourant relève néanmoins que son médecin traitant a, dans sa lettre du 9 août 2007, fait état d'une incapacité de travail complète aussi pour des raisons psychiques. Enfin, compte tenu de ces éléments et des douleurs ressenties à l'épaule droite, le recourant estime qu'il y a lieu de retenir un abattement de 25 % au moins sur le revenu d'invalidité, à titre de limitations fonctionnelles. Ainsi, pour B. _____, la décision querellée repose sur une constatation et une appréciation des faits insoutenables et donc arbitraires. Se fondant sur un salaire annuel d'invalidité de 61'389 fr. 47, il arrive à un revenu exigible de 16'114 fr. 73 (61'389 fr. 47 x 35 % x 25 %). Comparé au revenu réalisable sans invalidité de 74'655 fr. 50, cela représente, selon le recourant, un degré d'invalidité de 78,41 % et ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. A titre de mesure d'instruction, et pour le cas où l'autorité de recours estimerait que le dossier de la cause n'est pas suffisamment complet, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire tendant à déterminer sa capacité de travail et de rendement exigible au vu de son état de santé. Le recourant plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire. b) Dans sa réponse du 1er avril 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que, du point de vue médical, les rapports du Prof. M. _____ sont clairs et ne font pas ressortir de pathologie, tant sur le

- 11 - plan orthopédique que neurologique, qui permettrait d'expliquer l'intensité de la symptomatologie douloureuse. L'office intimé relève que, selon les éléments figurant au dossier, le recourant n'utilise sa main droite que comme appui, le bras collé au corps, et cela depuis plus de deux ans, alors qu'il n'existe aucun signe d'atrophie musculaire significative des ceintures scapulaires et que les circonférences sont symétriques au niveau des bras et des avant-bras. Selon l'OAI, les plaintes subjectives d'un assuré ne sont donc pas suffisantes pour justifier une invalidité entière ou partielle; dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Sur le plan psychiatrique, l'OAI souligne que le Dr P. _____, dans une expertise détaillée et complète, n'a pas retenu d'atteinte à la santé incapacitante. Par ailleurs, la Dresse X. _____ n'a pas contesté l'appréciation de l'expert psychiatre, son courrier du 9 août 2007 étant antérieur à l'expertise. D'après l'OAI, le médecin traitant de l'assuré a uniquement attesté d'une incapacité de travail totale depuis 2004 en raison d'un blocage complet de l'épaule droite et d'importantes douleurs, sans mentionner aucun diagnostic somatique et sans relever une quelconque cause d'ordre psychiatrique. c) Le 9 avril 2009, le recourant a produit un rapport médical du 1er avril précédent du Dr H. _____ faisant état du désaccord de ce médecin avec les conclusions de l'expertise du 5 mars 2008 du CEMed. Le Dr H. _____ a estimé que le recourant présentait un tableau clinique constituant un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il a également retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sur plusieurs années sans rémission durable, accompagné d'une perte d'intégration sociale, caractérisé par un état psychique cristallisé et n'ayant pas répondu à une prise en charge pluridisciplinaire en centre universitaire spécialisé. Le Dr H. _____ a considéré qu'en raison de son état de santé, le recourant se trouvait en incapacité de travail complète. Il a posé un pronostic "très réservé".

- 12 - d) Le 11 mai 2009, l'OAI a produit un avis médical du 4 mai 2009 du SMR, selon lequel, dans son appréciation du 1er avril précédent, le Dr H. _____ n'avait apporté aucun élément objectif nouveau permettant de retenir une aggravation de l'état psychique du

recourant. L'OAI a donc estimé que l'expertise CEMed devait être préférée à l'avis du Dr H._____, médecin au bénéfice d'un mandat thérapeutique et dont l'avis était connu de l'expert, qui en avait tenu compte. e) Le 18 mai 2009, le recourant a produit une lettre du 7 mai précédent de la Dresse X._____, qui estimait que l'incapacité de travail était complète, que les avis des différents médecins somaticiens qui avaient vu le recourant allaient tous dans le même sens et que le stage au CIP attestait d'un rendement très réduit. Le 10 août 2009, le recourant a produit un rapport médical du

E. 27

juillet précédent de la Dresse C._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin associée à l'Unité du rachis du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, auprès duquel le recourant, à sa demande, avait fait l'objet d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire du 22 juin au 10 juillet 2009. Dans ce rapport, il était indiqué que le recourant avait arrêté de lui-même son traitement médicamenteux par antidépresseurs, sans consulter aucun médecin, alors que ce traitement semblait avoir une bonne efficacité. La Dresse C._____ a relevé que B._____ voyait ses problèmes de santé comme définitifs, estimant que l'AI devait les prendre en charge, sans envisager de pouvoir exercer une activité professionnelle. Ce médecin a relevé que le recourant conservait son bras droit collé au corps, le coude en flexion à 90°. La mobilisation active était nulle, mais, lors des gestes d'habillage et de déshabillage, l'intéressé arrivait à faire une abduction du bras suffisamment importante pour enfiler la manche de son t-shirt. La mobilisation passive amenait 10° de flexion, d'extension et d'abduction, avec une résistance très vive de la musculature. La Dresse C._____ n'a constaté aucune atrophie du bras. Sur le plan psychiatrique, l'évaluation effectuée par les médecins du service de psychiatrie de liaison avait conduit au diagnostic de "troubles dépressifs récurrents, épisode actuel

- 13 - moyen avec syndrome somatique". Les conclusions du rapport étaient les suivantes : "Les lésions organiques de ce patient sont bien réelles mais leur manifestation clinique est plus importante et cela tient de la dimension émotionnelle que le patient donne à ses douleurs. En effet, peu élaboré, Monsieur de Marco exprime sa souffrance par le «langage du corps». Les attitudes qu'il a adoptées, ne sont vraisemblablement pas volontaires mais restent le seul moyen pour exprimer son désarroi. Il faut reconnaître que suite à sa déchirure tendineuse et aux deux opérations subies par la suite, il a développé un syndrome douloureux régional complexe type I où en d'autres termes une capsulite rétractile qui l'empêche d'avoir une mobilité complète de l'épaule droite. Dans une activité manuelle, seul créneau professionnel pour ce patient qui n'a pas de formation de base et qui est par ailleurs droitier, sa capacité de travail est à nos yeux nulle." f) Par lettre du 7 septembre 2009, l'OAI a indiqué que le rapport médical de la Dresse C._____ n'était, selon lui, pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision entreprise. Pour cet office, ce rapport n'apportait aucun élément nouveau attestant d'une modification ou d'une aggravation de l'état de santé du recourant. L'OAI a encore indiqué qu'il se ralliait à l'avis médical du SMR du 27 août 2009, qu'il avait joint à son écriture. De cet avis médical, il ressort que l'appréciation de la Dresse C._____ concernant la capacité de travail résiduelle de B._____ faisait intervenir des facteurs extra-médicaux, tels que le niveau de formation. Selon le SMR, si la lésion de l'épaule droite justifiait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de monteur en paratonnerre, elle ne pouvait toutefois pas fonder une incapacité totale dans n'importe quelle activité. Sur le plan médico-théorique, une pleine capacité de travail était donc exigible dans une activité adaptée monomanuelle. E

n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent en matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

- 14 - invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]). c) Le recours, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme. 2. a) Le recourant fait grief à l'autorité intimée de ne pas avoir reconnu qu'il souffre d'une affection invalidante sur le plan physique, en raison de la perte de l'usage de son bras droit. Il se fonde en particulier sur l'appréciation du COPAI et sur le résultat des mesures mises en place sous forme de stages en 2006 et 2007, selon lesquels sa capacité de travail est de 35 % dans une activité ne nécessitant pas l'usage de sa main droite. b) aa) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI).

- 15 - L'incapacité de gain consiste en une 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). Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 in fine LPGA). L'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut

être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 c. 3b et les réf. citées, in VSI 1998 p. 293). bb) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit

- 16 - apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000 KV 124 p. 214). Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les ref. citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du

E. 28

octobre 2002 c. 3). D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialiste reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I

- 17 - 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc). cc) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus

vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées). c) Au mois de mars 2004, le recourant a subi une opération ensuite d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il souffre depuis lors de douleurs qu'il décrit comme très importantes. Le recourant dit ne plus pouvoir utiliser son bras droit, qu'il a tenu collé au corps lors des différents examens médicaux auxquels il a été soumis ensuite de la demande de prestations de l'AI. Durant les stages qu'il a effectués, il ne s'est servi de sa main droite que comme appui. Force est toutefois de constater que l'ampleur des plaintes de B. _____ divergent fortement des constatations médicales objectives qui ont été effectuées, comme l'a indiqué la Dresse C. _____ dans les conclusions de son rapport du 27 juillet 2009. L'ensemble des spécialistes ayant examiné le recourant a relevé l'absence d'atrophie de son bras droit et le fait que l'intéressé est capable de faire des mouvements d'abduction bien plus importants que ce qu'il prétend pour mettre ou enlever ses habits notamment. Ces médecins ont également mis en évidence une résistance musculaire très vive à la mobilisation passive. Cela ressort expressément de la lettre du 21 août 2008 du Prof. M. _____ à la Dresse X. _____ et

- 18 - du rapport de la Dresse C. _____. L'ampleur des douleurs dont le recourant se plaint, ainsi que leurs conséquences, ne trouvent donc pas de fondement médical objectif sur le plan somatique. C'est sous l'angle psychique qu'il conviendra dès lors d'examiner l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante. Sur le plan physique, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du SMR, selon laquelle le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée monomanuelle, puisqu'aucune constatation médicale contraire ne résulte du dossier. d) Les constatations du médecin traitant du recourant ne sont pas suffisantes pour fonder l'invalidité et la capacité de rendement fortement réduite dont l'intéressé se prévaut. Il résulte des lettres de la Dresse X. _____ que celle-ci a uniquement décrit la situation de son patient telle qu'il la vivait. Ces documents ne fondent ainsi pas la constatation médicale objective d'une invalidité découlant d'une atteinte physique. En ce qui concerne le rapport du Dr Z. _____, du COPAI, dont le recourant estime qu'il doit l'emporter sur les autres avis médicaux et s'imposer aux autorités, les constatations qu'il contient découlent de stages d'observation effectués en 2006 et 2007. Certes, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de les confronter et, au besoin, de requérir un complément d'instruction. Il n'en demeure pas moins que les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin, à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 c. 4.2). Or, comme pour les avis du médecin traitant du recourant, ceux du COPAI procèdent d'une appréciation de la

- 19 - situation du recourant donnant à certains facteurs, soit les capacités intellectuelles et d'apprentissage et le ressenti subjectif de l'assuré, une importance qui ne peut leur être accordée du point de vue de l'AI. D'ailleurs, on relèvera que tant le rapport du COPAI que celui du service ESPACE font état, sur le plan théorique, d'une capacité de travail complète du recourant dans une activité adaptée, comme l'a retenu le SMR. e) En définitive, il

apparaît que le recourant ne souffre d'aucune affection physique invalidante qui justifierait à elle seule l'octroi d'une rente AI et son recours est, à cet égard, mal fondé. 3. a) Le recourant soutient également que les conclusions de l'expertise du 5 mars 2008 du CEMed ne peuvent être suivies. Il se fonde en particulier sur la lettre du 9 août 2007 de son médecin traitant à l'OAI et sur l'avis médical du 9 avril 2009 du Dr H._____. Il invoque ainsi implicitement l'existence d'un trouble somatoforme douloureux accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'une ampleur telle qu'ils devraient être reconnus comme invalidants. b) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 c. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte

- 20 - d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). S'agissant de troubles psychiques, les mêmes règles que celles exposées au c. 2.b/bb ci-dessus valent en matière d'appréciation des preuves. c) En l'espèce, est tout d'abord litigieuse la question de savoir si le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux, diagnostic retenu par le Dr H._____ mais non par le Dr P._____, dans l'expertise du 5 mars 2008 du CEMed. Le recourant soutient que l'avis du Dr H._____ doit l'emporter. Selon lui, l'expertise du CEMed serait sujette à caution, pour le motif que cet établissement est rémunéré par l'OAI. Cette argumentation ne peut être suivie. Au contraire, selon la jurisprudence, lorsqu'une expertise est mise en œuvre par l'administration et confiée à un spécialiste reconnu, que celui-ci rendu un rapport établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et qu'il aboutit à des résultats

- 21 - convaincants, comme c'est le cas en l'espèce, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb). Or, l'avis du psychiatre traitant du recourant, compte tenu de sa position de mandataire privilégié (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc), ne saurait à lui seul constituer un indice suffisant pour douter de la crédibilité des conclusions du Dr P._____. A cela s'ajoute que le Service de psychiatrie de liaison du CHUV, qui, en 2009, a procédé à une évaluation du recourant, à la demande de celui-ci, n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique. d) Au demeurant, même si on devait retenir que le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux, il faudrait encore constater qu'il n'existe pas de comorbidité d'une importance telle qu'une atteinte invalidante devrait être tenue pour établie. En effet, le Dr P._____ a retenu, dans son rapport d'expertise, que le recourant souffrait de dysthymie, soit d'un trouble de l'humeur moins intense qu'une dépression, alors que seul un état dépressif majeur accompagnant un trouble somatoforme douloureux justifie de reconnaître une atteinte invalidante à la santé. Le recourant fait certes valoir qu'il souffre d'un tel état, en se fondant sur le rapport médical du 1er avril 2009 du Dr H._____. Toutefois, pour les mêmes raisons que celles exposées ci-dessus, l'avis de ce médecin ne saurait prévaloir celui de l'expert du CEMed. Au demeurant, l'avis du Dr H._____ n'est pas si clair que le fait valoir le recourant, puisque ce psychiatre, en se fondant sur les mêmes éléments, a évoqué une clinique anxio-dépressive moyenne à sévère dans un avis du 3 octobre 2008, puis un état dépressif sévère dans son avis du 1er avril suivant, sans expliquer les raisons de ce changement d'appréciation. Enfin, l'avis du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, également consulté par le recourant et postérieur à l'avis médical du Dr H._____, fait état d'un épisode dépressif moyen. Pour le surplus, la lettre du 9 août 2009 de la Dresse X._____ à l'OAI ne mentionne à aucun moment l'existence d'une incapacité de travail totale pour des motifs psychiques.

- 22 - Ce médecin est du reste rhumatologue et non psychiatre, de sorte que son appréciation n'aurait dans tous les cas pas pu prévaloir. e) Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que le recourant ne souffre pas d'une affection psychique invalidante et son recours, sur ce point, apparaît mal fondé. 4. a) Le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité telle qu'il ressort de la décision entreprise. Il soutient que sa capacité de rendement est de 35 % en moyenne. Il estime en outre que la perte de l'usage de son bras droit, l'absence de qualification professionnelle et les troubles psychiques dont il souffre doivent amener à retenir un abattement de 25 % à titre de limitation fonctionnelles. Se fondant sur le salaire annuel d'invalidé de 61'389 fr. 47 tel qu'arrêté par l'autorité intimée, B._____ arrive à un revenu exigible de 16'114 fr. 73 (61'389 fr. 47 x 35 % x 25 %). Comparé au revenu réalisable sans invalidité de 74'655 fr. 50, cela représente, selon le recourant, un degré d'invalidité de 78,41 % et ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité adaptée normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques sur les salaires moyens, telles que résultant notamment de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF 9C_57/2008 du 3 novembre 2008 c. 3; TF I 322/03 du

22 mars 2004 c. 3). Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service,

- 23 - la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales. On procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 c. 3b/aa et bb et 5a). En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 c. 6; ATF 123 V 150 c. 2). c)

B._____ soutient que sa capacité de rendement n'est que de 35 % en moyenne en se fondant sur le rapport du 5 décembre 2006 du CIP. S'il est exact que ce rapport fait état d'un rendement limité de 30 % à 35 %, pouvant exceptionnellement atteindre 40 %, cela ne saurait influencer le calcul du revenu d'invalidé au stade de l'évaluation du degré d'invalidité. En effet, seule des constatations médicales peuvent justifier de retenir une diminution de la capacité de rendement. Un tel avis médical fait toutefois défaut dans la présente cause, puisque seuls le Dr Z._____ et la Dresse X._____ ont indiqué que le recourant présentait une capacité de rendement diminuée. Il s'agissait toutefois de constatations relatives aux stages effectués durant l'année 2006 et non d'une appréciation médico-théorique de ce qui pouvait être exigé du recourant. On sait en outre que, malgré sa bonne volonté durant lesdits stages, B._____ n'a pas mis en valeur toutes les ressources dont il dispose, de sorte qu'un effort supplémentaire, même conséquent, peut lui être demandé, compte tenu de ses obligations d'assuré (cf. TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 c. 3.1; ATF 113 V 22 c. 4.a et les réf. citées, RCC 1987 p. 458). A cet égard, le SMR a retenu que le recourant présentait une pleine capacité de travail, et donc de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire ne nécessitant ni d'élévation des bras ni le soulèvement de charges d'un poids supérieur à 5 kg. Dans son bilan du 3 avril 2006, le COPAI a émis la même appréciation et le service ESPACE également, dans un rapport d'observation du 22 février 2007. L'OAI a donc retenu à juste titre, dans la décision entreprise, que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité

- 24 - adaptée monomanuelle, sans qu'il faille tenir compte d'un rendement réduit. d) En ce qui concerne l'abattement à effectuer compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, l'OAI l'a arrêté à 15 % du revenu d'invalidé. Sans prétendre que l'autorité intimée aurait omis de tenir compte d'éléments pertinents, le recourant soutient que ce taux doit être porté à 25 %. Un tel abattement constitue toutefois le maximum admissible en vertu de la jurisprudence et ne saurait être justifié que dans des cas particuliers. En ce qui concerne les éléments pouvant influencer sur les perspectives salariales de B._____, né en 1953, on retiendra ses limitations fonctionnelles, telles que décrites ci-dessus, son absence de formation professionnelle, ses capacités intellectuelles limitées et sa maîtrise imparfaite de la langue française écrite. Un abattement de 15 % apparaît dès lors adéquat et on ne peut retenir que l'OAI, qui n'a méconnu aucun de ces éléments, aurait abusé de son pouvoir d'appréciation à cet égard. 5. En définitive, il apparaît que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante, que ce soit sur le plan physique ou psychique. Le dossier de la cause contient des avis médicaux pertinents et complets, qui permettent de statuer en particulier sur la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée monomanuelle. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte qu'il n'y a pas lieu

d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire telle que requise par le recourant. Ainsi, entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 400 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaire en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

- 25 - Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 55 et 56 al. 3 LPA- VD).

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