

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 novembre 2009

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffier : M. Kramer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Kathrin Gruber, avocate  
à Vevey,

et

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

---

**Art. 6 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 16 LPGA et 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_, né en 1950, a été employé par l'entreprise V.\_\_\_\_ Sàrl à T.\_\_\_\_\_, en tant que monteur d'ascenseurs, d'octobre 2003 jusqu'au début 2006 (date à laquelle cette entreprise a cessé ses activités). L'intéressé a déposé le 1<sup>er</sup> février 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), dans laquelle il a exposé qu'en raison de tous ses problèmes de santé, il ne pouvait plus "exercer un métier aussi dur que monteur en ascenseurs, ni même un métier manuel"; chaque effort physique lui cause "de très fortes douleurs dans la tête", son diabète "monte en flèche" et son cœur lui fait mal. Il se référait à l'avis de son médecin traitant - la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste - qui lui aurait affirmé qu'il ne devait plus travailler qu'à 50 % dans une branche ne demandant pas d'efforts physiques.

A la demande de l'Office AI, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a établi un rapport le 1<sup>er</sup> mai 2006. Elle a donné des indications sur les diagnostics et sur l'incapacité de travail ("il est à 50 % dans un travail adapté, dès le 01.06.06", "sans lourde tâche ou effort physique"). Ce médecin mentionnait notamment des plaintes liées à des "céphalée résiduelles post-chirurgicale extrêmement importante spontanée intermittente". En novembre 2005, il avait en effet été opéré (extirpation de l'adénome hypophysaire).

Mandaté en qualité d'expert par l'Office AI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a déposé son rapport le 27 mars 2007, après avoir examiné l'assuré le 19 mars 2007. Il a retenu les diagnostics suivants:

*Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:*

Macro-adénome hypophysaire non sécrétant; status après extirpation par voie trans-sphénoïdale (novembre 2005)

*Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:*

Céphalées chroniques journalières d'origine indéterminée  
Cardiopathie ischémique; status après stent de l'IVA proximale  
et de la 1<sup>ère</sup> marginale  
Cardiopathie hypertensive  
Diabète de type II  
Syndrome des apnées du sommeil  
Dyslipidémie traitée  
Insuffisance veineuse du membre inférieur gauche

L'expert retient qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative, toute activité étant exigible pour autant qu'elle soit exempte d'efforts lourds (avec port de charges fréquent au-dessus de 25 kg). La capacité résiduelle de travail dans l'activité de monteur d'ascenseurs est estimée à 50 %, mais dans une activité appropriée, c'est-à-dire sans travaux lourds, elle est de 100 %.

A propos des céphalées, l'expert expose ce qui suit (p. 12):

"Depuis la chirurgie du macro-adénome, il présente toutefois des céphalées occipitales avec irradiation bi-temporale en crises aiguës survenant 1 à 2x/jour et répondant habituellement à 1 g de Dafalgan ou 25 gouttes de Tramal. L'origine de ces céphalées n'est pas connue. Une fuite de LCR n'a pas été documentée. Il s'agit pourtant d'une complication relativement fréquente (3,3%) de la chirurgie des macro-adénomes. Une céphalée liée à une hypotension intracrânienne a d'ailleurs été suspectée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ et n'a pas été confirmée ni à la ponction lombaire, ni à l'IRM (absence d'opacification supra et infratentorielle dans la dure-mère). D'ailleurs, ces céphalées journalières chroniques n'ont pas de caractère orthostatique. Il n'y a pas d'œdème papillaire et l'examen neurologique est décrit comme normal. Ces céphalées essentiellement occipitales avec irradiations antérieures, restent d'origine indéterminée et semble plutôt tensionnelles. Elle sont décrites comme altérant la qualité de vie et la productivité de l'assuré. Elles ne semblent pas être liées à l'hypertension artérielle et à ses traitements ni au SAS diagnostiqué en décembre 2005 et bien contrôlé par CPAP. Fort heureusement, elles répondent rapidement à un traitement antalgique de Dafalgan ou de Tramal, ce qui permet ainsi de limiter l'impact dans la vie professionnelle. A cet égard, on peut se demander d'ailleurs si elles ne sont pas d'origine médicamenteuse."

Dans un courrier du 23 août 2007 adressé à l'Office AI, soit après le dépôt de l'expertise, N. \_\_\_\_\_ a répété que ses maux de tête

étaient "toujours plus forts et fréquents", et qu'il était "obligé de prendre des cocktails de tramadol et dafalgan pour supporter les douleurs".

Le 4 septembre 2007, le Dr K.\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après: SMR), a rédigé un rapport où il expose les motifs pour lesquels il propose de suivre les conclusions de l'expert.

Dans un rapport du 12 septembre 2007 destiné à l'Office AI, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation nette de l'état de santé de son patient, entraînant selon elle une incapacité totale de travailler. Elle affirme que N.\_\_\_\_\_ souffre de céphalées insupportables apparaissant au moindre effort, qu'il est souvent pris de vertiges associés à ses céphalées lors des efforts et qu'il est "obligé de prendre des traitements médicamenteux lourds au long cours associant Dafalgan à des AINS et à du Tramadol". Ce médecin mentionne également un nouveau traitement lié à l'insuffisance cardiaque et ajoute que dès que son patient roule plus de 30 km en voiture, il doit s'arrêter pour se détendre et diminuer les céphalées.

Le SMR (Dr K.\_\_\_\_\_) a indiqué, le 15 avril 2008, que le rapport précité n'apportait pas d'élément de nature à modifier la position exprimée précédemment.

Le 19 novembre 2008, l'Office AI a adressé à l'assuré un projet de décision, dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de la rente d'invalidité. Ce projet se réfère à l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à l'avis du SMR et n'accorde donc pas une valeur probante aux rapports de la Dresse H.\_\_\_\_\_ (laquelle n'avait notamment pas précisé en quoi consistait l'aggravation alléguée de l'état de santé dès le 2<sup>ème</sup> semestre 2007). Il évalue le degré d'invalidité à 24.94 % (préjudice économique de 25 %), ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Dans la comparaison des revenus, sur la base des salaires bruts standardisés, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité a été appliqué, compte tenu des limitations fonctionnelles. Ce projet de décision relève en outre que lors d'un entretien avec un spécialiste en réadaptation professionnelle,

l'assuré avait déclaré ne pas se sentir en mesure de travailler à cause de son état de santé.

Désormais représenté par son avocate, Me Kathrin Gruber, N.\_\_\_\_\_ a exprimé des objections au projet de décision de l'Office AI. L'assuré a produit de nouveaux certificats de la Dresse H.\_\_\_\_\_ - dont un, du 17 octobre 2007, attestant qu'il ne peut pas soulever une charge supérieure à 8 kg, ni rouler en voiture sur une distance supérieure à 30 km, ni encore travailler en positions assise ou debout de manière prolongée. Ce dernier certificat a été pris en considération par le Service cantonal de l'emploi (Office régional de placement [ci-après: ORP]), qui par décision du 23 novembre 2007 l'a déclaré inapte au placement (au sens de la LACI [loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité; RS 837.0]) à compter du 12 septembre 2007.

L'avocate de l'assuré a adressé à l'Office AI une correspondance du 24 décembre 2008, dans laquelle la Dresse H.\_\_\_\_\_ se prononce notamment sur les céphalées "quotidiennes, intenses" et sur le traitement par Dafalgan et Tramal qui permet de les diminuer.

Le SMR (Drs K.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint) a pris position sur ces objections le 14 janvier 2009, en déclarant maintenir intégralement la position déjà exprimée, des mesures d'instruction supplémentaires paraissant superflues.

Le 12 février 2009, l'Office AI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de la rente d'invalidité. La motivation de cette décision correspond à celle du préavis du 19 novembre précédent. Il est précisé, dans une lettre d'accompagnement du même jour, que lors d'un entretien le 29 octobre 2008 avec le spécialiste en réadaptation professionnelle, l'assuré avait clairement indiqué qu'il n'entrait pas en matière pour des mesures d'ordre professionnel.

**B.** Par acte du 20 mars 2009, N.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Gruber, a recouru contre la décision du 12 février 2009 auprès de la Cour des assurances sociales. Il conclut à la réforme de cette décision en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente AI à 100 % dès le 31 août 2005, subsidiairement à 50 % depuis la même date, assortie de mesures de réinsertion professionnelle pour un poste adapté à 50 %, voire un stage auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: COMAI) pour établir sa capacité de travail résiduelle.

A titre de mesures d'instruction, le recourant demande la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ("à confier à l'unité d'expertises du CHUV pour déterminer notamment l'origine des céphalées et déterminer si celles-ci, voire d'autres problèmes de santé, sont invalidants et à quel taux") et la production de son dossier auprès de l'ORP de Vevey.

Dans sa réponse du 20 mai 2009, l'Office AI propose le rejet du recours.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, le recourant a écrit au Tribunal pour lui demander de statuer dans les meilleurs délais, la cause étant selon lui en état d'être jugée.

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

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant 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]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b 1 LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le recourant demande, dans ses conclusions, que des mesures de réinsertion professionnelle soient ordonnées. Or, dans ses motifs, il n'aborde pas cette question et ne critique pas la décision attaquée en tant

qu'elle retient que s'estimant totalement incapable de travailler, il n'entraîne pas en matière sur des mesures d'ordre professionnel. L'argumentation du recours ("on en voit pas quelles activités industrielles légères le recourant pourrait effectuer avec ses problèmes persistants de maux de tête"; "il a fait son possible pour surmonter ses problèmes de santé, mais sans succès"; "ses problèmes de santé l'empêchent d'effectuer correctement un travail sans interruption") démontre que cette appréciation, par l'Office AI, de l'aptitude subjective à se soumettre à des mesures professionnelles n'est pas critiquable. Seule la question de la rente est donc litigieuse.

**3. 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, 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.

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI (pour la période antérieure, cf. l'ancien 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4.** En l'espèce, le recourant se plaint du refus de lui allouer une rente en critiquant, essentiellement, l'expertise sur la base de laquelle l'Office AI a rendu sa décision.

**a)** Le recourant relève que les conclusions de l'expertise V.\_\_\_\_\_ sont "en contradiction flagrante" avec celles de son médecin généraliste traitant. Il critique le travail de l'expert, qui n'aurait pas tenu compte de ses explications, aurait omis de préciser la source de ses informations, n'aurait pas pris en considération ses souffrances réelles, n'aurait pas procédé à un examen médical approfondi, aurait indiqué des éléments contradictoires, etc.

Selon la jurisprudence, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe 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 du médecin soient dûment motivées (cf. notamment ATF 125 V 351 consid. 3a).

Les critiques formulées à l'encontre du rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'Office AI, ne sont pas concluantes. Le recourant se borne, en définitive, à comparer ce rapport avec les avis de son médecin traitant et tout élément divergent est qualifié de lacune,

d'erreur ou de contradiction. De telles critiques ne sont pas sérieuses et doivent ainsi être écartées sans autre.

Cela étant, il apparaît clairement – notamment sur la base des avis du SMR, qui a examiné à plusieurs reprises les critiques du recourant à ce propos – que le rapport d'expertise satisfait aux exigences jurisprudentielles précitées.

**b)** Le recourant affirme qu'il aurait dû être examiné par un psychiatre ou un neurologue au vu des maux de tête persistants.

Il y a lieu de relever que le médecin généraliste traitant n'a lui-même jamais orienté son patient vers un neurologue – ni du reste un psychiatre, mais il n'y a dans le dossier aucun indice d'une atteinte psychiatrique. Le médecin traitant admet que le traitement suivi (qu'elle a éventuellement prescrit) permet de diminuer les céphalées.

Si le médecin généraliste semble considérer que ces céphalées sont néanmoins très invalidantes, son avis n'a qu'une valeur probante affaiblie (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Cela étant, on ne voit aucun motif de ne pas suivre, à propos des céphalées comme à propos des éléments du diagnostic ainsi que des limitations fonctionnelles, les avis de l'expert V. \_\_\_\_\_ et du SMR.

Dans ces conditions, il n'y pas lieu de compléter l'instruction sur le plan médical, ni d'obtenir la production du dossier de l'ORP, lequel contient également des éléments d'ordre médical. Les preuves administrées sont suffisantes – ce que le recourant paraît lui-même admettre en définitive, puisqu'il qualifie la cause de prête à être jugée à l'issue de l'échange d'écritures – et ces preuves, principalement l'expertise V. \_\_\_\_\_, sont concluantes.

Il s'ensuit que les griefs du recourant concernant l'appréciation de son état de santé par l'Office AI doivent être écartés.

**c)** En dernier lieu, le recourant soutient que, dans la comparaison des revenus, le revenu d'invalidé serait trop élevé par rapport à sa capacité résiduelle de travail, à son âge et au fait qu'il n'a pas de formation professionnelle. Il qualifie l'abattement de 15 % de manifestement insuffisant.

La réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé prévue par la jurisprudence a pour objectif de tenir compte du fait que pour un assuré devant se réadapter dans une activité qu'il est jugé apte à exercer malgré son handicap, les possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple, limitations liées au handicap, âge, années de service) l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration. Le maximum prévu est de 25 % (ATF 126 V 75).

En l'occurrence, sur la base du dossier et des arguments - très sommairement motivés - du recourant, on ne voit pas en quoi l'Office AI aurait fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation sur ce point. Le taux de 15 % est approprié et doit ainsi être confirmé.

**5.** Il résulte des considérants que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 600 fr. et mis à la charge de recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 832.20], 49 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 12 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Kathrin Gruber (pour N. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :