

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 août 2012

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges        :        M.        Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffière        :        Mme    Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Pully, recourant, représenté par PROCAP,

et

**Y.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 7, 8, 16, 44 LPGA, art. 28, 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1952, titulaire d'un CFC de menuisier, a déposé une demande de prestation AI le 20 février 2008. Dans sa demande, il a déclaré avoir travaillé pour le même employeur de février 1981 à fin janvier 2008, et qu'il se trouvait en incapacité totale de travail depuis lors. Il a expliqué qu'il avait, depuis 2002, des douleurs au bas du dos et aux hanches, une arthrose importante, des tremblements aux mains ainsi que de l'hypertension.

Le 6 mars 2008, son employeur a déclaré qu'il était toujours lié par contrat de travail avec l'assuré, qu'il serait difficile de trouver un poste n'impliquant pas le port de charges dans son entreprise et que le salaire brut de l'assuré était de 31 francs de l'heure depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, plus une gratification de 8.33%, l'horaire de travail étant de 45 heures par semaine.

Dans son rapport du 16 mars 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombopyalgies chroniques persistantes depuis au moins dix ans, une coxarthrose bilatérale documentée en 2006, ainsi qu'un tremor postural familial des membres supérieurs depuis plus de 20 ans. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a attesté d'un excès pondéral, une hypertension artérielle depuis 2006, des migraines et des troubles dépressifs depuis 2007. Ce médecin a expliqué que le traitement physiothérapeutique intensif effectué durant deux mois à la fin de l'année 2006 avait amélioré la mobilité, mais qu'il n'avait pas eu d'impact sur les douleurs, celles-ci étant diminuées par les anti-inflammatoires et les périodes de repos. Les douleurs, en particulier les coxalgies, devenaient de plus en plus invalidantes au travail, le métier de menuisier étant très lourd. Il a précisé que des douleurs mécaniques étaient apparues au niveau de certains doigts et que depuis l'été 2007, il avait constaté l'apparition de troubles de l'humeur à connotation dépressive, réactionnels

aux difficultés professionnelles engendrées par les douleurs. Un traitement par antidépresseurs avait été instauré. Par ailleurs, le trémor s'aggravait lentement, ce qui avait des répercussions sur la précision de certaines tâches. Son patient ne se sentait plus apte à travailler dans les conditions actuelles, en raison de ses douleurs, des limitations fonctionnelles et du trémor. Selon ce médecin, l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle telle qu'il la pratiquait et il paraissait adéquat de mettre en œuvre des mesures professionnelles. Comme limitations fonctionnelles, il a indiqué des douleurs importantes du rachis et des hanches lors du port de charges, des difficultés importantes pour se baisser et tenir des objets à bout de bras ainsi que des imprécisions dues au trémor. Pour ce médecin, il était certain que des tâches n'impliquant pas de port de charges lourdes ni de flexions répétées du tronc et des hanches étaient possibles, mais une évaluation plus précise de la question de l'activité adaptée lui paraissait utile.

Etaient joints au rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, notamment les deux rapports médicaux suivants :

- un rapport du 21 mars 2006 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui concluait à une bascule du bassin vers la droite sur une inégalité de longueur des membres inférieurs, une spondylose lombaire avec gros pont ostéophyttaire L2-L3 à droite, un aspect pincé des interlignes sacro-illiaques, une coxarthrose bilatérale déjà avancée pour l'âge et une ostéopénie du grand trochanter droit, reflétant peut-être une tendinopathie d'insertion des fessiers;

- un rapport du 16 juillet 2006 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie qui posait les diagnostics de lombo-pygalgies droites chroniques persistantes, des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal, et une coxarthrose bilatérale à prédominance polaire supérieure. Ce médecin précisait que l'assuré présentait une symptomatologie lombaire et fessière douloureuse, basse, ancienne, mécanique, le gênant également la nuit selon un mode

récidivant mais non inflammatoire. Elle était due à des surcharges mécaniques du rachis lombaire bas mais surtout au trouble statique induit par la coxarthrose bilatérale, entraînant un flexum fixe, déséquilibrant l'ensemble du complexe lombo-pelvi-bicrural. Ce médecin recommandait des séances de rééducation. Au plan professionnel, il était évident que la coxarthrose représentait un handicap compte tenu du travail lourd effectué par l'assuré. Il évoquait la possibilité de remise de moyens auxiliaire et d'adaptation du poste de travail.

Par communication du 21 juillet 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a indiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles pour le moment en raison de son état de santé et qu'il allait examiner son droit à la rente.

Dans son rapport médical du 3 décembre 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté que l'assuré avait été hospitalisé le 26 août 2008 pour une arthroplastie totale de la hanche droite et qu'il serait convoqué en mars 2009 pour une arthroplastie totale de la hanche gauche. Au mois de novembre 2008, l'assuré gardait des douleurs importantes à gauche et des lombalgies nécessitant la prise de médicaments; il avait encore une minime boiterie à droite. Le médecin a précisé que l'assuré était incapable de travailler comme menuisier depuis le 26 août 2008 pour une durée indéterminée et qu'il serait possible de déterminer en quoi pourrait consister un emploi adapté dès août ou septembre 2009.

Dans son rapport du 4 juin 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_, a expliqué que des mesures de réadaptation professionnelles seraient éventuellement envisageables 6 mois après l'opération de la hanche gauche qui avait eu lieu le 31 mars 2009. Le périmètre de marche était toujours restreint; l'assuré présentait un manque de sécurité lors des efforts ainsi que des lombalgies. Sa capacité de travail était toujours nulle depuis le 28 août 2008. Il fallait attendre 6 mois depuis la dernière

opération pour pouvoir se prononcer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 10 juillet 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques persistantes, spondylose lombaire L3-L4 et L2-L3, status post PTH droite et gauche pour coxarthrose et un trémor postural familial des membres supérieurs. Comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, il a indiqué un excès pondéral, une hypertension artérielle, des migraines et des troubles dépressifs. Il a indiqué que les suites de la dernière opération étaient favorables, l'assuré marchant régulièrement sans présenter de coxalgies. Il serait à nouveau examiné par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 29 juillet 2009. L'assuré souffrait par contre toujours d'un syndrome lombo-vertébral chronique nécessitant la prise d'anti-inflammatoires. Une réévaluation de ce problème spécifique serait nécessaire dans le cadre de l'unité du rachis du département de l'appareil locomoteur du CHUV, un rendez-vous ayant été planifié à cet effet. Quant au trémor postural, il tendait à s'aggraver, une évaluation neurologique étant souhaitable afin de pouvoir évaluer la répercussion de ce problème sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Les troubles de l'humeur s'amélioraient et l'assuré prenait toujours des anti-dépresseurs. Selon ce médecin, la capacité de travail en tant que menuisier était nulle.

Dans son rapport du 29 juillet 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au niveau de ses hanches, l'assuré n'avait quasiment plus de douleurs, les prothèses étant parfaitement en place, et que l'assuré marchait sans boiterie. Au niveau de la colonne lombaire, il présentait toujours une spondylose assez importante pluri-étagée ainsi qu'un inversement de la lordose lombaire ainsi que probablement un canal lombaire étroit.

Dans un rapport du 29 juillet 2009 adressé au Dr D. \_\_\_\_\_, la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué que l'assuré présentait une problématique ostéoarticulaire dégénérative localisée au niveau lombaire et au niveau des deux hanches. L'arthroplastie totale des hanches ne semblait pas avoir résolu ses

problèmes. Au vu des douleurs ostéoarticulaires ainsi que du trémor des membres supérieurs, il était tout à fait raisonnable de conclure à une incapacité de travail totale dans une activité lourde comme son travail de menuisier. Il lui paraissait difficile d'envisager une réadaptation dans une activité plus légère en raison du trémor ainsi que des lombalgies l'empêchant de rester longtemps debout ou assis.

Dans son rapport du 14 août 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans une activité présentant les limitations fonctionnelles suivantes: activité principalement en position assise, avec usage d'une selle ergonomique, port de charges limité à 5-7 kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de travail à genou ou en position accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, pas de gestes nécessitant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1 à 2 kg, activité en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur 5 jours ouvrables.

Par rapport médical du 23 septembre 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué que les interventions orthopédiques s'étaient bien déroulées, que les suites avaient été simples, mais que l'assuré présentait encore une appréhension à se déplacer librement. Comme l'assuré présentait toujours des lombalgies chroniques et que les anti-inflammatoires ne le soulageaient que partiellement, il avait consulté la Dresse Q. \_\_\_\_\_. Une IRM lombaire effectuée le 14 août 2009 confirmait d'importants troubles dégénératifs, avec des discopathies étagées ainsi qu'un léger canal lombaire étroit et une sténose modérée à sévère des trous de conjugaison gauche et droite en L5-S1. Aucune augmentation de la capacité de travail n'était prévue pour le moment.

Le 25 septembre 2009, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique au Service médical régional (ci-après: SMR), effectué par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 16 octobre 2009, celui-ci a

posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombopyalgies bilatérales dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs étagés, canal lombaire étroit partiel en L4-L5, status post-pose de prothèse bilatérale pour coxarthrose ainsi qu'un trémor d'attitude des membres supérieurs. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a indiqué une obésité. On extrait ce qui suit du rapport médical:

"(...)

Status neurologique

*Membres supérieurs:* l'assuré est droitier, musculature conservée (...). Epreuve des bras tenue, minime trémor d'attitude bilatéral pas de trémor de repos; le trémor apparaît lors du maintien de position, comme par exemple, lorsque l'assuré garde son doigt sur le nez. Force conservée, réflexes ostéo-tendineux normatifs, symétriques. L'assuré a une très bonne force de préhension. Sensibilité conservée, pallesthésie 7/8. La manœuvre index-nez est bien effectuée, tant les yeux ouverts que fermés. Pas de trouble de la diadococinésie.

*Membres inférieurs:* légère amyotrophie quadricipitale gauche (...) Minime trémor d'attitude. Tonus normal. Force et sensibilité conservées. Réflexes rotuliens normatifs, aréflexie achilléenne droite, réflexe achilléenne gauche très faible, cutané-plantaire en flexion. Pallesthésie 6/8 sur les métatarsophalangiennes, sens des positions conservé. Pas de gradient sensitif aux membres inférieurs. L'épreuve talons-genoux est bien réalisée. Marche sur la pointe des pieds et les talons conservée.

*Tronc:* bon équilibre en station assise. Légère oscillation à la manœuvre de Romberg, les yeux fermés sans chute. La marche se fait normalement, sans élargissement du polygone de sustentation.

(...)

Appréciation du cas:

Lors de l'entretien, l'assuré confirme l'évolution post-opératoire favorable, après pose de prothèse totale bilatérale des hanches; cela concerne non seulement une meilleure mobilité, mais également une meilleure tolérance à la marche. L'assuré n'utilise pas les transports publics, se déplace à pied, dit être capable de marcher 2 heures, en faisant des pauses toutes les 15 minutes. Il persiste, en cas de montée d'escaliers, des douleurs mécaniques au niveau inguinal, l'assuré n'a plus de douleur inflammatoire.

M. Z. \_\_\_\_\_ se dit surtout gêné par une douleur lombaire basse, irradiant au niveau des 2 crêtes iliaques. Les symptômes sont de type mécanique, l'assuré tolère mal l'attitude en porte-à-faux du tronc. Il n'est pas possible de systématiser les douleurs ressenties aux membres inférieures, elles ne revêtent pas de composante radiculaire.

Par rapport au trémor, il concerne les membres supérieurs, est présent depuis plus de 20 ans, l'assuré est traité depuis cette date par de l'Indéral. Avant son arrêt de travail, l'assuré n'arrivait plus à utiliser un

ciseau à bois. L'assuré a été vu il y a une vingtaine d'années par le Dr [...], neurologue, il n'a pas eu de nouvelle consultation récemment.

L'assuré prend quotidiennement un anti-inflammatoire à dose modérée pour ses douleurs lombaires, il prend également du Citalopram depuis 2 ans, prescrit par le Dr D. \_\_\_\_\_, pour des troubles du sommeil avec présence de cauchemars. Le descriptif de la vie quotidienne fait par l'assuré, montre que l'assuré garde une bonne planification de ses journées, il bricole dans son garage, l'après-midi, il va au bord du lac, pêcher ou se promener, l'assuré a tendance à être solitaire, il n'y a pas d'isolement social.

Par rapport à ses attentes, l'assuré ne répond pas à la question quant à savoir s'il se verrait travailler dans un poste physiquement plus léger à 100%. Il annonce déjà avoir des douleurs du bas du dos lorsqu'il bricole dans son garage 2 heures d'affilées.

L'examen clinique montre un assuré en bon état général, avec un surplus pondéral (obésité de classe 1). M. Z. \_\_\_\_\_ a des difficultés pour se déshabiller et se rhabiller le bas du corps, prend plus de temps, il a également des difficultés lorsqu'il fait ses transferts couchés/assis en raison de lombalgies.

L'assuré dit consommer quotidiennement l'équivalent de 2 bières pendant la semaine, 5 le week-end. Il présente un érythème facial, une hyperémie conjonctivale, il n'y a pas d'hépatornégalie. L'examen neurologique exclut pas une polyneuropathie consécutive, il n'y a pas de gradient sensitif aux membres inférieurs, l'assuré a une pallesthésie dans les limites des normes, il présente cependant une aréflexie achilléenne.

Par rapport au trémor des membres supérieurs, il s'agit d'un trémor d'attitude, diminuant au cours de l'examen. L'assuré n'a pas de signe orientant vers une atteinte extra-pyramidale ou une atteinte cérébelleuse. Le trémor entraîne des difficultés lorsque l'assuré doit, par exemple, maintenir son doigt sur le bout de son nez, il n'y a pas de dysmétrie à l'épreuve index-nez, l'assuré n'a pas de difficulté pour s'habiller, l'assuré a écrit sa procuration sans difficulté majeure.

Au niveau articulaire périphérique, nous retenons une tendinite du supra-épineux droit au décours, sans signe franc pour un conflit sous-acromial.

Au niveau des hanches, dans un status post pose de PTH, l'assuré a retrouvé des amplitudes fonctionnelles (110° à droite, 100° à gauche), il persiste une légère amyotrophie de la cuisse gauche et une augmentation de la sensibilité de la palpation de la région rétrotrochantérienne droite.

Au niveau du rachis, l'assuré a des troubles statiques dans le plan sagittal, sous forme d'un relâchement de la sangle abdominale, d'une horizontalisation du sacrum. On retrouve la même mobilité en flexion que la Dresse Q. \_\_\_\_\_, c'est-à-dire un indice de Schober de + 3 cm contre les +4 à 5 cm attendus; l'extension est limitée également de 1/3. Il n'y a pas de contracture vertébrale à la palpation, c'est surtout l'étage L4 qui est douloureux (lieu du canal lombaire étroit) et dans une moindre mesure, l'étage L3, il n'y a pas de sciatique ou de cruralgie irritative. L'assuré a une raideur du rachis lombaire bas, dans le contexte de troubles dégénératifs étagés, il s'associe un raccourcissement de sa musculature postérieure des cuisses, les douleurs ressenties lors de la position debout prolongée peuvent être

mises en relation avec une surcharge des articulations postérieures. Il n'a pas de signe de non organicité selon Waddell.

La lecture du dossier radiologique montre, en avril 2007, une ostéophytose étagée du rachis lombaire, avec un disque L3-L4 légèrement pincé et des troubles dégénératifs postérieurs étagés. L'IRM d'août 2009, confirme le trouble dégénératif postérieur étagé, avec une composante de canal lombaire étroit en L4-5; il n'y a pas d'hernie discale.

Les radiographies post-opératoires des hanches n'étaient pas à disposition, les éléments du dossier et l'examen clinique parlent pour une évolution favorable, sans signe de décèlement de prothèse. Les radiographies préopératoires montrent une coxarthrose bilatérale avancée.

#### *Les limitations fonctionnelles*

Rachis lombaire: pas de mouvement répété de flexion/extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 1 heure.

Status post-pose de prothèse de hanche bilatérale: pas d'exposition à un risque de chute, pas de travail sur un plan instable ou en terrain inégal, pas de port de charges au-delà de 10 kg.

Trémor d'attitude des membres supérieurs: pas de travaux nécessitant une dextérité fine, pas d'utilisation d'outils dangereux.

(...)

Il existe une incapacité de travail totale dans l'activité physiquement contraignante de menuisier, depuis le 28.01.2008. Dans les suites de la pose bilatérale de prothèse totale de hanche, l'assuré n'a plus la capacité de soulever des charges lourdes.

(...)

L'incapacité de travail reste totale dans l'activité habituelle de menuisier. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par la tolérance du matériel prothétique. Dans une activité adaptée, respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, nous retenons une exigibilité de 75%. Comme mentionné plus haut, l'évolution post-opératoire est favorable au niveau des hanches, l'assuré n'a pas présenté de complication post-opératoire. Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son dernier courrier, exclut une subluxation, met en relation les ressauts ressentis par l'assuré avec une interaction d'un tendon à proximité de la prothèse.

Au niveau lombaire, notre examen montre certes une raideur, il exclut un syndrome rachidien important, exclut une sciatique irritative; notre examen est superposable à celui effectué par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ dans sa consultation du 29.07.2009. Nous sommes du même avis de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, en ce qui concerne l'incapacité de travail totale dans l'activité physiquement lourde de menuisier. Dans une activité plus légère, notre avis diverge: la Dresse Q.\_\_\_\_\_ craint qu'il n'y ait pas de possibilité de réadaptation en raison du trémor, mais également en raison des lombalgies qui empêchent l'assuré de rester longtemps debout ou assis: ces éléments sont des limitations fonctionnelles mais ne justifient pas de diminution de capacité de travail dans une activité adaptée. D'autres facteurs étrangers interviennent à présent, à savoir l'âge de l'assuré, la motivation partielle à retrouver une activité

professionnelle, la durée de l'arrêt de travail: ces facteurs ne peuvent être retenus comme incapacitants. Par rapport au trémor, il entraîne des limitations fonctionnelles comme des travaux nécessitant une dextérité importante, l'utilisation d'outils dangereux, mais n'est pas incapacitant pour des activités nécessitant une manipulation grossière. L'examen neurologique de ce jour exclut une atteinte sévère, exclut un syndrome cérébelleux en trémor, conséquent de type extra-pyramidal. Nous laissons le soin au Dr D.\_\_\_\_\_, de demander une nouvelle consultation neurologique s'il le juge nécessaire, l'assuré est connu de longue date, pour son trémor.

*Capacité de travail exigible:*

- dans l'activité habituelle de menuisier: 0%

- dans une activité adaptée: 75%

Depuis: début juillet 2009, à 3 mois de la prothèse de hanche gauche".

Par courrier du 17 décembre 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge intensive dans le cadre de l'unité du rachis et réhabilitation du DAL à [...] , du 19 octobre au 6 novembre 2009. Y était joint la lettre de sortie du 23 novembre 2009 de la Dresde Q.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit:

"Diagnostics:

- Lombalgies chroniques persistantes d'origine multifactorielles:
  - Discopathies étagées de L3 à S1.
  - Déchirure médiane du ligament annulaire en L4/L5 et L5/S1.
  - Arthrose postérieure aux trois derniers niveaux avec sténose modérée des trous de conjugaison gauche et droite en L5/S1.
  - Dysbalances musculaires.
- Status post-arthroplastie totale de la hanche droite en août 2008.
- Status post-arthroplastie totale de la hanche gauche en avril 2009.

(...)

Evolution:

Monsieur Z.\_\_\_\_\_ a adhéré à notre prise en charge tout en se montrant pessimiste quant à un résultat favorable. Nos séances de relaxation et les discussions sur la gestion de la douleur n'ont pas suffi pour diminuer l'anxiété et détendre la musculature. A plusieurs reprises, il a été persuadé que sa hanche droite était luxée, hypothèse qui a été totalement écartée par l'examen clinique et radiologique.

A la fin du traitement, il a donc peu de changement. Sur le plan algique, le patient mentionne invariablement une douleur de 3/10 le matin et il admet une diminution de l'intensité douloureuse vers le soir qui se situe, après les trois semaines de traitement à 6/10.

(...)

L'évaluation des ports de charge est résumé en annexe. Il résulte que le port de charge globale est nettement inférieur à la norme.

En conclusion:

Cette prise en charge a permis de constater les limitations de Monsieur Z.\_\_\_\_\_ et nous pouvons conclure que dans son activité de menuisier son incapacité de travail est totale. Il pourra éventuellement être réadapté dans une activité légère, situation qui est cependant compromise par son trémor postural familial des membres supérieurs.

(...)".

Par communication du 5 janvier 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait le droit à une mesure d'orientation professionnelle. A l'issue d'un entretien avec ce dernier ayant eu lieu le 18 janvier 2010, l'OAI a estimé qu'il était impossible de mettre en place des mesures professionnelles, l'assuré n'envisageant pas d'exercer une autre activité que celle de menuisier, réagissant très fortement et très négativement à l'idée d'un reclassement dans une autre profession (conciergerie par exemple), n'ayant aucune motivation pour élaborer un projet et rechercher des informations, estimant par ailleurs avoir le droit à des prestations pour invalidité totale. Dans une communication interne du 21 janvier 2010, l'OAI a indiqué ce qui suit:

" - M. Z.\_\_\_\_\_ est un homme de 58 ans, employé comme menuisier dans la même entreprise depuis 1982 et jusqu'en 2008, soit plus de 25 ans.

- M. Z.\_\_\_\_\_ n'envisage pas pouvoir exercer une autre profession que celle de menuisier; celle qu'il a choisi et toujours pratiqué. Il n'a pas d'autre idée ou envie et semble incapable de se projeter dans un nouveau projet professionnel.

- M. Z.\_\_\_\_\_ présente de nombreuses limitations fonctionnelles excluant tout activité trop lourde ou trop fine ainsi que l'utilisation d'outils dangereux. Il reste d'ailleurs très centré sur ses différentes atteintes à la santé et s'estime totalement invalide.

- M. Z.\_\_\_\_\_ présente également et manifestement une capacité d'apprentissage et d'adaptation limitées excluant une formation autre qu'une mise au courant pratique.

Compte tenu de tous ces éléments, seules une activité simple et répétitive est accessible à notre assuré et des mesures professionnelles n'auraient de ce fait pas permis de réduire le préjudice économique subi par M. Z.\_\_\_\_\_".

Par courrier du 22 janvier 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_ a rappelé à l'OAI que selon lui, les problèmes de santé de l'assuré rendaient absolument impossible une reprise du travail dans son métier de menuisier et que le trémor postural des membres inférieurs [recte: supérieurs] limiterait très certainement sa capacité de travail dans

d'autres activités plus légères. Il a précisé que l'assuré souhaitait que l'OAI l'aide à se réadapter dans une autre activité et que pour sa part il pensait souhaitable qu'il puisse bénéficier d'un stage d'évaluation et d'observation.

Par courrier du 5 février 2010, l'assuré a fait valoir que s'il devait se reconverter dans un activité plus légère, il se verrait privé d'une partie des prestations du 2<sup>ème</sup> pilier pour lesquelles il avait cotisé pendant 35 ans, ne pouvant plus cotiser dans le système, et qu'il lui serait impossible de demander une retraite anticipée due à la sollicitation physique des travailleurs du second œuvre romand. En résumé, seul l'octroi d'une rente entière de l'AI lui permettrait de survivre à sa situation.

**B.** Par projet de décision du 12 février 2010, intitulé "projet d'acceptation de rente", l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Le droit à la rente entière était fondé sur un degré d'invalidité de 100% au motif que l'assuré avait présenté, à l'issue du délai de carence d'une année, soit le 28 janvier 2009, une incapacité totale de travailler dans l'exercice de toute activité lucrative. Quant au droit à la demi-rente, il reposait sur un taux d'invalidité de 51%, l'assuré présentant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, selon les constatations du SMR.

Par courrier du 3 mars 2010, l'assuré a formulé des objections à l'encontre de ce projet. Il a en substance fait valoir qu'il s'opposait à l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, au motif qu'il se trouvait encore en traitement à cette date et que l'IRM de ses lombaires datait du 14 août 2009. Son état de santé n'avait pas pu s'améliorer du jour au lendemain car aucun traitement spécifique, hormis de la physiothérapie, avait été pratiqué et le fait qu'il ait été hospitalisé à l'hôpital orthopédique du 19 octobre au 6 novembre 2009 n'avait pas été pris en compte. Il a enfin objecté que s'il changeait d'emploi, il se verrait privé de la moitié des prestations de son 2<sup>ème</sup> pilier, ainsi que des prestations sociales de la

convention collective du second œuvre romand. Par courrier du 24 mars 2010, il a encore fait valoir que compte tenu de son état physique et de son âge, il ne lui était pas possible de retrouver un travail.

Par courrier du 25 mars 2010 adressé à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué que le trémor postural de l'assuré l'empêchait d'effectuer un certain nombre d'activités légères, que ce problème n'avait pas fait l'objet d'une évaluation spécifique et qu'il serait souhaitable que sur le plan purement des limitations fonctionnelles somatiques, l'assuré puisse bénéficier d'une évaluation lors d'un stage professionnel. Par ailleurs, il a rappelé que l'assuré souffrait de troubles anxio-dépressif, nécessitant un traitement médicamenteux depuis le 11 juillet 2007 et faisant l'objet d'une thérapie de soutien régulière auprès de ce médecin depuis cette époque. Il a expliqué que la situation de l'assuré s'était détériorée depuis qu'il était en incapacité de travail et en particulier depuis l'année 2009 du fait que ses limitations physiques ne s'étaient pas améliorées par les interventions médicales et qu'il ne pourrait plus exercer son activité professionnelle antérieure. En outre, le médecin avait noté, depuis décembre 2009, une accentuation des troubles dépressifs, des idéations négatives, de l'irritabilité et des troubles du sommeil. Sa vision extrêmement négative de l'avenir l'avait poussé à exprimer, à plusieurs reprises des idéations auto-agressives, heureusement non élaborées. Le médecin demandait dès lors à l'OAI d'évaluer la situation au plan psychique et ses répercussions sur la capacité de travail dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

Par courrier du 11 mai 2010, l'assuré, représenté par Procap, a encore fait valoir des objections. Il a fait valoir que l'abattement de 15% appliqué sur le revenu d'invalidé était insuffisant compte tenu des désavantages salariaux liés à la diminution de rendement et à l'âge de l'assuré. Il a également fait valoir qu'il y avait lieu, dans son cas, d'appliquer l'approche particulière d'évaluation de l'invalidité développée par la jurisprudence pour les assuré proches de l'âge de la retraite; vu les limitations fonctionnelles, l'âge et l'incapacité psychologique de l'assuré à envisager un nouvel emploi en changeant de domaine d'activité, il fallait conclure qu'il n'existait en réalité aucune activité adaptée

raisonnablement exigible de sa part. Par ailleurs, l'assuré opposait à l'avis du SMR celui de tous les autres médecins qui s'étaient exprimés, en particulier l'avis de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ - indiquant que l'assuré n'avait pas la possibilité de se réadapter en raison de son trémor et de ses lombalgies - , ainsi que l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ qui indiquait dans son rapport du 17 décembre 2009 que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité. Il faisait encore valoir que l'avis du SMR ne constituait qu'une synthèse de documents médicaux sans portée autonome pour l'instruction. Il critiquait encore le fait que l'amélioration de son état de santé après la pose de la prothèse de hanche gauche n'avait pas été franchement objectivée, puisqu'il présentait toujours des douleurs et qu'il avait été hospitalisé du 19 octobre au 6 novembre 2009. Enfin, la problématique anxio-dépressive avait été totalement ignorée. En définitive, l'assuré concluait à ce qu'une instruction soit effectuée sur cette dernière problématique, au réexamen de la question de l'exigibilité d'une activité adaptée ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière.

Par avis médical du 20 mai 2010, le SMR (Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie) s'est déterminé comme suit sur les objections médicales de l'assuré:

" (...) Le quatrième point conteste la valeur probante de l'expertise SMR, dont les constatations seraient "en contradiction avec celles de tous les autres médecins qui se sont exprimés sur ce point en terme de diagnostic et d'incapacité de travail". Cette affirmation est fallacieuse à plusieurs titre: en termes de diagnostics, le rapport d'examen SMR reprend tous les diagnostics retenus tant par le médecin traitant que par la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Il n'y a donc aucune contradiction sur ce plan. Quant à la capacité de travail, l'étude exhaustive des rapports médicaux au dossier nous amène aux constatations suivantes:

1. Tous les rapports attestent une incapacité totale dans l'activité habituelle de menuisier, y compris le rapport d'examen SMR du 25.09.09. Nous sommes donc tous d'accord sur ce point.

2. Dans une activité adaptée, aucun des médecins traitant de l'assuré ne s'est prononcé de manière chiffrée. Le Dr D.\_\_\_\_\_ écrit dans son rapport du 16.03.08: "il est certain que les tâches n'impliquant pas de port de charges lourdes ni de flexion répétées du tronc et des hanches sont possibles". Le 10.07.09, ce médecin écrit: "je laisse le soin au Dr S.\_\_\_\_\_ de se prononcer sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée". La Dresse Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 29.07.09 "craint qu'il n'y ait pas de possibilité de réadaptation en raison de son trémor et également en raison des lombalgies qui l'empêchent de rester longtemps debout ou assis". Le 23.11.09 en revanche, elle écrit

"il pourra éventuellement être réadapté dans une activité légère, situation qui est cependant compromise en raison de son trémor postural familial des membres supérieurs". Le 17.12.09, le Dr D.\_\_\_\_\_ reprend cet argument consistant à considérer qu'une activité légère risque d'être compromise par le trémor.

De cette analyse, il ressort que qu'aucun des médecins qui se sont exprimés n'ont chiffré la capacité de travail dans une activité adaptée, excepté le Dr L.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH au SMR qui s'est prononcé après un examen complet de l'assuré et de son dossier. Il n'y a donc là non plus aucune contradiction avec l'avis des médecins traitant, contrairement à ce qu'affirme Procap.

Deuxièmement, la seule cause qui pourrait compromettre la réadaptation est le trémor, de l'avis de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ repris par le Dr D.\_\_\_\_\_. Or personne ne décrit ce trémor, hormis le Dr L.\_\_\_\_\_ qui écrit: "Epreuve des bras tendus, minime trémor d'attitude bilatéral, pas de trémor de repos; le trémor apparaît lors du maintien de position, comme par exemple, lorsque l'assuré a son doigt sur le nez". En pleine cohérence avec ces constatations objectives, le Dr L.\_\_\_\_\_ retient les limitations fonctionnelles suivantes: "pas de travaux nécessitant une dextérité fine, pas d'utilisation d'outils dangereux". Sur cette base objective et précise, on ne peut certainement pas affirmer qu'il n'y a pas d'activité possible et fixer la capacité de travail dans une activité adaptée à 75% est médicalement cohérent. Le rôle du médecin s'arrête là et c'est au réadaptateur de déterminer si une telle activité adaptée existe et en quoi elle consiste.

Le cinquième point concerne l'amélioration de l'état de santé; sur la base des rapports du Dr S.\_\_\_\_\_ qui atteste une évolution post-opératoire et l'absence de complication post-opératoire, ce qu'a confirmé l'examen rhumatologique au SMR, nous avons fixé la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée à trois mois après l'opération de prothèse de hanche soit en juillet 2009. Ce délai est justifié d'une part par l'expérience médicale qui nous montre que c'est la durée moyenne habituelle d'incapacité de travail après une telle opération, d'autre part, par le fait que le status clinique au moment de l'examen au SMR était superposable à celui rapporté par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ en juillet 2009. Il est donc erroné de prétendre que "l'amélioration n'a pas été franchement objectivée".

Au sixième point, Procap nous reproche d'avoir ignoré le contexte anxio-dépressif. Relevons que cette affection fait l'objet d'un traitement médicamenteux depuis le 11.07.2007 selon le Dr D.\_\_\_\_\_ et qu'il n'a jamais été nécessaire en presque trois ans d'évolution, d'instaurer une prise en charge par un psychiatre, ni même de prendre l'avis d'un psychiatre. En outre, sur cet aspect de l'atteinte à la santé, le Dr D.\_\_\_\_\_ se contredit lorsqu'il écrit dans son rapport du 25.03.10: " au plan physique la situation s'est clairement et progressivement détériorée durant l'année 2009", alors que dans son rapport du 10.07.2009, il affirmait: " En ce qui concerne les troubles de l'humeur, on assiste à une amélioration". Aucun élément ne rend plausible un trouble anxio-dépressif d'une telle gravité qu'il empêche durablement l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques".

Par courrier du 14 février 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré au plan psychique se péjorait, posant le diagnostic d'épisode dépressif majeur et réitérant sa demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par courrier du 28 février 2011, dans lequel il était précisé qu'il faisait partie intégrante de la décision qui serait prochainement rendue, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il maintenait son projet de décision, se fondant notamment sur les déterminations du SMR du 20 mai 2010. Il a encore précisé que le courrier du Dr D.\_\_\_\_\_ du 14 février 2011 n'apportait aucun élément nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte; que des mesures professionnelles n'entraient pas en ligne de compte, l'assuré ayant déclaré en janvier 2010 qu'il s'estimait invalide à 100% et qu'il refusait de s'investir dans un projet de reclassement; et enfin que la jurisprudence sur l'approche particulière d'évaluation de l'invalidité ne s'appliquait pas dans le cas du recourant, celui-ci étant âgé de 57 ans au moment de la récupération de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Par courrier du 10 mars 2011 à l'OAI, l'assuré s'est déterminé comme suit:

"(...) en page 3 de votre lettre, vous indiquez qu'en janvier 2010, je refusais de faire des efforts pour un reclassement quel qu'il soit. C'est une erreur.

Je me suis inscrit à l'ORP de ma commune, le 28 janvier 2010, et comme tout demandeur d'emploi, je me suis inscrit au chômage.

J'ai recherché de l'emploi, sans percevoir aucune indemnité de chômage.

Il m'a alors été demandé mes certificats médicaux et professionnels, et c'est sur présentation de tous ces documents, dont votre proposition de rente, que le service juridique du chômage m'a déclaré: Inapte au placement à compter du 28 janvier 2010".

Par communication du 11 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit et que lui seraient fournis une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par courrier du 21 mars 2011, l'assuré a répondu ce qui suit à l'OAI:

"Vous me proposez aujourd'hui une orientation professionnelle et un soutien dans mes recherches d'emploi, malheureusement cette démarche arrive trop tard, car elle m'a été refusée lors d'un entretien du 18.01.2010.

Lors de cet entretien, à l'aide que j'aurais soi-disant refusée, on m'a répondu:" que c'était la loi! Et que je devais chercher moi-même!"

Ce que j'ai fait, avec le résultat que vous connaissez: déclaré inapte à 100% au placement, ce qui correspond à mon état de santé actuel.

Vous dites que je dois rechercher et trouver du travail et on me répond que cela n'est pas possible, que c'est aussi la loi! Sur décision de l'Instance juridique Chômage/ division juridique des ORP.

Quelle est la bonne loi?"

**C.** Par décision du 14 avril 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2009, et le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. La décision était motivée comme suit:

" Depuis le 28 janvier 2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

(...)

En date du 25 septembre 2009, vous avez été examiné par un rhumatologue auprès du Service médical régional (ci-après : SMR).

Il ressort de l'examen clinique du SMR que votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle de menuisier. Par contre, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009, soit trois mois après la pose de la prothèse totale de hanche à gauche, vous conservez une capacité de travail de 75 % dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir:

*Tenant compte du rachis lombaire:* Pas de mouvement répété de flexion/extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure.

*Tenant compte du status post prothèse totale de hanche bilatérale:* pas d'exposition à un risque de chute, pas de travail sur un plan instable ou en terrain inégal, pas de port de charges au-delà de 10 kg.

*Tenant compte du trémor d'attitude des membres supérieurs:* pas de travaux nécessitant une dextérité fine, pas d'utilisation d'outils dangereux.

(...)

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte

médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante.

Ainsi, à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 28 LAI, soit au 28 janvier 2009, vous présentez une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité lucrative. Aucune capacité de gain n'étant présentée, le degré d'invalidité est de 100%.

Ce taux ouvre le droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009, une capacité de travail de 75% vous est reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Il convient ici de préciser qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé eu égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté) (RCC 19978, 65:1970, 162).

Aussi, afin de déterminer votre préjudice économique, et par conséquent votre degré d'invalidité, présenté à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité de menuisier à plein temps, à savoir CHF 79'585.00, est comparé aux gains que vous pouvez prétendre dans l'exercice à un taux de 75% d'une activité adaptée;

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'998.24 (CHF 4'806.00 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+1.35 %; La Vie économique. 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60'788,59 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 45'591.45 par année.

(...)

Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées ainsi que de votre âge, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 38'752.73.

Le degré d'invalidité présenté dès juillet 2009 découle du calcul suivant;

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 79'585.00

avec invalidité CHF 38'752.75

La perte de gain s'élève à CHF 40'832.25 = un degré d'invalidité de 51 %.

Ce taux ouvre le droit à une demi-rente. Conformément à l'article 86a RAI précité, la diminution de la prestation a lieu après un délai d'attente de 3 mois. En l'occurrence, droit à la demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009.

Des mesures d'ordre professionnel vous ont été proposées. Elles n'auraient pas permis d'améliorer la capacité de gain, mais auraient pu favoriser votre réintégration dans le marché de l'emploi.

Enfin, nous précisons que le revenu d'invalidé ainsi déterminé repose sur le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues. Dans la mesure où le montant retenu comme revenu d'invalidé représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées, conformes à vos aptitudes. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées à votre handicap (arrêt du TFA du 21 juillet 2005, I 298/04)".

Par courrier du 31 mai 2011 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un rapport médical daté du 4 avril 2011 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie qui constatait notamment ce qui suit:

" (...)

Examen neurologique:

Pas de tremblement du chef. La revue des paires crâniennes est normale mis à part un trémor de la voix. Réflexes faibles aux membres supérieurs. Réflexes rotuliens moyens symétriques, achilléens faibles (...). Cutanés plantaires en flexion. Bras tendus et jambes fléchies

tenus. Motricité fine, force et tonus conservés. Tremblement de repos discret intermittent de la main gauche lors des épreuves de distraction (compter à l'envers). Tremblement surtout postural des deux mains à prédominance gauche d'amplitude moyenne et intentionnel au doigt-nez-doigt assez marqué. Diadococinésie normale. Epreuve talon-genou bien effectuée. Les épreuves de marches, la marche sur la pointe des pieds et sur les talons sont normales. Les modalités sensibles sont conservées. (...)

L'écriture d'une phrase dictée est lisible, légèrement tremblée. Le dessin à main levée d'une spirale montre un tremblement (...) plus marqué à gauche qu'à droite, de même que lorsqu'il doit suivre une route à main levée.

Synthèse et propositions:

Ce patient présente un tremblement discret de repos de la main gauche, mais surtout un tremblement postural assez ample et cinétique bilatéral asymétrique à prédominance gauche chez un droitier qui s'associe aussi à un discret tremblement de la voix et qui est compatible avec un tremblement essentiel probablement familial. Il répond d'ailleurs comme classiquement à la prise d'un verre d'alcool. Je ne constate pas d'autre anomalie à l'examen neurologique.

Ce tremblement a des répercussions sur les activités de la vie quotidienne et sur une activité professionnelle, limitant la dextérité pour les activités fines. (...)"

Le Dr D. \_\_\_\_\_ a encore indiqué que la situation au plan psychique devenait de plus en plus préoccupante, le patient manifestant des idées de ruine et un désespoir.

**D.** Par acte du 27 mai 2011, Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 14 avril 2011, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 et subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Il a précisé ne pas contester la décision sur le point particulier de l'octroi d'une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2009. A l'appui de son recours, le recourant a contesté l'appréciation de sa capacité de travail effectuée par l'OAI. En particulier, il a fait valoir que le taux de 75% retenu ne reposait pas sur un examen concret de son état de santé, mais sur des données d'expérience, la question de savoir s'il avait recouvré une capacité de travail après les opérations des hanches devant dès lors faire l'objet d'une instruction complémentaire. Il a également critiqué le fait que, selon lui, l'évaluation de sa capacité de travail ne tenait pas compte de son trémor postural et

que cette atteinte n'ait été prise en compte qu'au titre des limitations fonctionnelles; il prenait appui sur les avis des Dr D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, qui selon lui, mettaient sérieusement en doute l'avis du SMR, et demandait la mise en œuvre d'une instruction complémentaire pour déterminer l'ampleur de la réduction de sa capacité de travail due au trémor postural. Il a encore critiqué le fait que l'OAI n'ait pas tenu compte de son état anxio-dépressif, requérant par conséquent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour éclaircir ce point. Le recourant a par ailleurs critiqué le calcul du taux d'invalidité, faisant valoir en particulier que l'abattement de 15% retenu par l'OAI était trop bas, et qu'il se justifiait de retenir un taux de 25% au vu des circonstances d'espèce. Enfin, il a fait valoir qu'il n'avait absolument aucune chance de retrouver un emploi, étant proche de l'âge de la retraite, ne pouvant effectuer aucun travail pénible ou requérant de la dextérité et n'ayant pas les capacités pour apprendre une nouvelle profession.

Dans sa réponse du 5 septembre 2011, l'OAI a conclu au maintien de la décision entreprise. Il a confirmé que, selon lui, l'évolution médicale postérieure aux opérations des hanches avait été favorable, prenant appui sur les avis des Drs L.\_\_\_\_\_ (en relation avec l'examen clinique pratiqué au SMR le 25 septembre 2009), D.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 10 juillet 2009) et S.\_\_\_\_\_, de sorte que l'évaluation de la capacité de travail avait été effectuée concrètement et qu'une instruction complémentaire sur ce point n'était pas nécessaire. Il a également confirmé que l'analyse du SMR quant à la question de l'impact du trémor postural sur la capacité de travail devait l'emporter sur les avis divergents des Dr D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_. Pour l'OAI, une instruction médicale complémentaire pour évaluer la situation au plan psychiatrique n'était pas nécessaire, car la conclusion du SMR du 28 mai 2010 – selon laquelle aucun élément ne rendait plausible la présence d'un trouble anxio-dépressif d'une gravité telle qu'il empêchait durablement l'exercice d'une activité lucrative - était convaincante. Enfin, concernant le calcul du taux d'invalidité, l'OAI a maintenu qu'un abattement de 15% était adapté aux circonstances d'espèces et que le recourant n'était pas suffisamment

proche de l'âge de la retraite pour qu'on doive considérer qu'il n'existait plus de possibilités réalistes de travail sur un marché du travail équilibré.

Le 11 novembre 2011, le recourant a confirmé le fait que selon lui, une expertise multidisciplinaire s'imposait, prenant appui sur trois rapports médicaux qu'il a produits, à savoir un rapport du 17 octobre 2001 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, un rapport médical du 7 novembre 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport médical du 4 avril 2011 de la Dresse F.\_\_\_\_\_. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle n'avait pas revu le recourant depuis 2009, que le trémor était un problème neurologique et que la seule solution pour trancher l'importance de ce trémor et ses répercussions fonctionnelles était de faire appel à un neurologue. Elle a encore précisé que depuis 2009, il était fort possible que l'état de santé du recourant ait changé, soit en s'améliorant, soit en se péjorant et qu'afin d'être objectif dans ce cas très complexe, il serait utile de demander une expertise multidisciplinaire, comprenant à la fois un avis orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a précisé ce qui suit:

"[...] Il reste tout à fait inapte à 100% dans son ancien travail de menuisier . Pour ce qui est des activités légères, je réaffirme que son problème de trémor, attesté par notre confrère la Dresse F.\_\_\_\_\_, neurologue (voir son rapport annexé [nb: le rapport du 4 avril 2011]), retentit également sur l'exécution d'activités plus légères.

Au plan psychique, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente des troubles dépressifs majeurs retentissant également sur sa capacité de travail et de réadaptation. Une évaluation psychiatrique a été effectuée en juin 2011 à la Policlinique de département de département de psychiatrie à [...]. Je ne suis pas en possession, malgré des demandes répétées, des conclusions de cette évaluation.

Dans tous les cas, les instances de l'AI n'ont, à mon avis, évalué qu'une partie de la problématique complexe du patient. Je réitère à cette occasion ma demande d'une expertise multidisciplinaire comprenant un avis psychiatrique, ainsi que neurologique, rhumatologique et orthopédique".

Dans son courrier du 7 décembre 2011, l'OAI a maintenu sa position, estimant que les derniers rapports médicaux produits par le recourant n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

Le 15 décembre 2011, le recourant a produit un rapport du 31 octobre 2011 des Dr G. \_\_\_\_\_ et de la Dresse K. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin assistante, dont on extrait ce qui suit:

"Status:

Il s'agit d'un homme de 59 ans faisant son âge, en surcharge pondérale. On note une boiterie et des difficultés à s'asseoir et à se lever avec une expression faciale marquée par des mimiques douloureuses lors des déplacements. Le faciès est érythémateux et le patient semble tendu. Il se présente ponctuellement. La tenue vestimentaire et l'hygiène corporelle sont sans particularité. La thymie est abaissée et l'affect est concordant. On note une importante irritabilité. Il a des idées suicidaires non scénarisées intermittentes. Le discours est cohérent, fluide et informatif. Il n'y a ni troubles du cours de la pensée, ni troubles des perceptions. Il n'y a pas d'idées délirantes.

[...]

Sur le plan psychopathologique, le vécu persécutoire exprimé vis-à-vis du système de soin et le système social se retrouve dans l'interaction thérapeutique par moments lorsqu'on tente d'investiguer certains éléments anamnestiques et M. Z. \_\_\_\_\_ se montre passablement irritable et revendicateur.

Diagnostics:

- Trouble dépressif chronique
- Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale
- Modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique et chronique

Discussion:

Sur l'axe I, nous retenons un diagnostic de trouble dépressif chronique en raison de la présence d'une humeur dépressive, d'une anhédonie, d'une insomnie, d'une irritabilité d'une fatigue, d'un sentiment de dévalorisation, des troubles de la concentration, ainsi que des pensées de mort récurrentes, tous symptômes présents continuellement depuis deux ans.

Le diagnostic qui nous semble le mieux rendre compte des plaintes douloureuses de M. Z. \_\_\_\_\_ est le trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. On retrouve en effet une douleur au cœur du tableau clinique (critères A), une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social et professionnel (critères B), la présence de facteurs psychologiques jouant un rôle dans l'intensité de la douleur (critères C), et l'absence de production intentionnelle de ces symptômes (critères D). Dans la mesure où des facteurs étiologiques somatiques ont été clairement identifiés, qui ne rendent cependant pas entièrement compte de des fluctuations de l'intensité de la douleur au cours du temps et que ces dernières peuvent être mises en lien avec l'anamnèse actuelle marquée par les sentiments d'injustice, nous considérons que ce trouble douloureux est associé en même temps à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale.

A noter finalement que nous retenons un diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un trouble douloureux chronique. M. Z.\_\_\_\_\_ démontre depuis de nombreuses années des modalités de comportement anormal, enraciné et inadapté dans des situations personnelles et sociales variées: dans ses relations familiales et professionnelles. En outre, l'affectivité et la sensibilité tout comme le contrôle des impulsions sont affectés tels qu'en témoignent par exemple l'irritabilité et la réactivité durant les entretiens ainsi que différents épisodes anamnestiques. La manière de percevoir ou de penser le monde et les relations interpersonnelles est marquée par un vécu persécutoire qui même s'il s'appuie sur certains éléments de la réalité, est disproportionnée, On peut ainsi dire qu'il existe une modification durable de la personnalité avec apparition de traits paranoïaques et émotionnellement labiles. A noter que l'investigation n'a pas permis d'exclure la présence d'une affection psychiatrique préexistante aux difficultés somatiques évoluant depuis 2000. Le fonctionnement psychosocial et interpersonnel de M. Z.\_\_\_\_\_ avant cette date ne laisse pas supposer cependant l'existence de traits de la personnalité suffisamment pathologiques pour justifier un trouble de personnalité en tant que tel.

Sur le plan thérapeutique, le trouble douloureux, en particulier chronique, comme c'est le cas ici, est associé à un pronostic nettement réservé, tant sur le plan symptomatique que sur celui de la capacité de travail.  
[...]"

Par courrier du 18 janvier 2012, après avoir soumis ce dernier rapport au Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR pour appréciation, l'OAI s'est rallié aux conclusions de ce médecin pour lequel une expertise psychiatrique semblait nécessaire, car même si le rapport des Drs G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ faisait état d'un trouble dépressif, ces médecins ne se prononçaient pas sur la capacité de travail ni sur l'évolution de celle-ci, en d'autres termes, il ne permettait pas de déterminer s'il y avait une incapacité de travail d'origine psychiatrique, ni le cas échéant, depuis quelle date et comment elle avait évolué dans le temps.

Par courrier du 26 avril 2012, le recourant a produit un rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 17 avril 2012 qui a notamment la teneur suivante:

"En date du 07.02.2012, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé en urgence au CHUV pour un infarctus inférieur. Il a bénéficié d'un stenting de la coronaire droite moyenne.

L'évolution est marquée par la persistance de douleurs rétro-sternales atypiques probablement d'origine non cardiaque, mais contribuant à élever le niveau d'anxiété du patient.

Par ailleurs elles surviennent dans un contexte de stress chronique lié à la situation d'incertitude quant à son avenir matériel.

Comme vous le savez, sa polymorbidité, bien résumée dans la lettre de sortie du CHUV induit une incapacité totale d'une activité professionnelle régulière, quelle que soit sa nature.

Ceci n'a malheureusement pas été reconnu par vos services qui n'ont pris en compte la problématique que de façon segmentaire.

Notre confrère le Dr C.\_\_\_\_\_, expert médical SIM, dans son rapport du 09.01.2012, reconnaît la nécessité d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer la situation de ce patient dans sa globalité. J'avais déjà à plusieurs reprises formulé une telle demande, qui est toujours restée lettre morte.

Actuellement, la situation au plan psychiatrique, est préoccupante. M. Z.\_\_\_\_\_ présente un tableau dépressivo-anxieux où des sentiments d'abandon, d'impuissance, voire de ruine, prédominent. Tous ses projets professionnels, conjugaux et relatifs à sa retraite sont partis en fumée.

A l'heure actuelle, les ressources du patient semblent épuisées et un raptus n'est pas impossible dans ce contexte.

Il me paraît urgent de réévaluer votre appréciation sur la situation de cet homme de 60 ans, accablé par de multiples problèmes de santé et au bord du désespoir".

Par courrier du 7 mai 2012, l'OAI a pris position sur ce rapport médical, en ce sens que la nouvelle affection à laquelle il fait référence n'était pas susceptible de jouer un rôle dans le présent litige, dès lors qu'elle était postérieure à la décision litigieuse. Il a réaffirmé sa position dans un courrier du 9 mai 2012 dans lequel il a par ailleurs rappelé avoir admis que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'imposait dans le cas du recourant.

### **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 à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des

décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du Tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il respecte les autres conditions de forme (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès cette date et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, en particulier à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, comprenant des avis orthopédique, rhumatologique, neurologique ainsi que psychiatrique.

**3. a)** Selon le droit fédéral est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 être raisonnablement 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. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPG s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; selon cette disposition, 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.

Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

**c)** Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 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]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413, en particulier, consid. 2d et et 3; cf, aussi TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 4).

**d)** Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, 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 de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C\_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Un rapport médical 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 valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un

médecin traitant ou d'un expert privé, auquel on peut également attribuer un caractère probant, laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis. Dans ces situations, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

**4.** En l'espèce, l'OAI a octroyé une rente dégressive au recourant, soit un rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2009, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Il convient de se rapporter à ces deux périodes successives, en vertu de la jurisprudence précitée (supra consid. 3c).

**5.** Dans sa décision du 14 avril 2011, l'OAI a fondé le droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 septembre 2009 sur le constat d'une incapacité totale du recourant d'exercer toute activité lucrative au moment de l'échéance du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. c LAI, soit à fin janvier 2009, et jusqu'à fin juin 2009. L'OAI a par ailleurs prolongé le droit à la rente entière jusqu'à fin septembre 2009, en application de l'art. 88a al. 2 RAI. L'incapacité de totale de travail retenue pour cette période s'explique implicitement par

les deux opérations des hanches que le recourant a subies en le 26 août 2008 et le 31 mars 2009, ainsi que par les périodes de convalescence qui les ont suivies.

Il n'y a pas lieu de remettre en cause le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour cette période. En effet, d'une part, tous les médecins qui se sont prononcés sur ce point (cf rapport médical du Dr S.\_\_\_\_ du 4 juin 2009 ainsi que le rapport du Dr L.\_\_\_\_ du SMR du 16 octobre 2009) constatent une incapacité totale de travail, dans toute activité, pour la période en cause. D'autre part, les parties ne critiquent pas cet aspect de la décision.

**6.** En revanche, les parties s'opposent sur le point de savoir si, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, étant précisé qu'il ne peut plus exercer son activité habituelle de menuisier, selon les avis concordants de tous les médecins (cf. rapport médical du Dr L.\_\_\_\_, du SMR, du 16 octobre 2009, rapports médicaux de la Dresse Q.\_\_\_\_ des 29 juillet 2009 et 23 novembre 2009, rapports médicaux du Dr S.\_\_\_\_ des 3 décembre 2008 et 4 juin 2009), et comme l'a du reste admis l'OAI dans sa décision du 14 avril 2011.

**7.** Dans un moyen préalable, le recourant soutient que même si, d'un point de vue médical, une capacité de travail dans une activité adaptée devait lui être reconnue, il lui serait de toute manière impossible de retrouver un emploi, étant proche de l'âge de la retraite, ne pouvant effectuer aucun travail pénible ou requérant de la dextérité et n'ayant pas les capacités d'apprendre un nouveau métier. Pour ces motifs d'ordre essentiellement économique, il aurait le droit à une rente entière pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Le recourant invoque ainsi l'application de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral au sujet de l'approche dite "particulière" d'évaluation de l'invalidité pour les assurés proche de l'âge de la retraite (cf. notamment TF 9C\_ 695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2, TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.3,

TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2, TFA I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 3.1, TFA I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c).

Cette jurisprudence n'est d'aucun secours au recourant, car étant âgé de 57 ans au moment de la modification du droit à la rente et de 59 ans au moment de la décision litigieuse, il n'a pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilités réalistes d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré (cf. TF 9C\_ 695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2 [approche particulière niée pour un assuré âgé de 58 ans au moment de la modification du droit à la rente et de 60 ans au moment de la décision litigieuse]; TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.3, TFA I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c, TFA I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 3.1 [approche particulière retenue pour des assurés âgés respectivement de 61 ans au moment de la décision litigieuse, de 64 ans au moment de la décision litigieuse et pour une assurée se trouvant à quelques mois de l'âge donnant le droit à une rente de vieillesse au moment de l'évaluation de sa capacité de travail]). Il ne peut donc prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur cette base.

**8.** Il y a donc lieu de trancher la question de savoir si le recourant présente une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, uniquement sous l'angle médical.

Pour l'OAI, qui fonde sa décision sur le rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2009, le recourant dispose d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son trémor, ainsi que de ses atteintes aux hanches et à son rachis lombaire. Quant au recourant, il estime que l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée repose sur une constatation inexacte et incomplète des faits. En substance, il reproche à l'OAI de n'avoir pas suffisamment instruit sur les conséquences de son état dépressif, de ses opérations des hanches ainsi que de son trémor sur sa capacité de travail.

**a)** Dans sa décision du 14 avril 2011, l'OAI a considéré qu'au plan psychique, le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail, retenant l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR, selon lequel aucun élément ne rendait plausible l'existence d'un trouble anxio-dépressif d'une telle gravité qu'il empêchait l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Quant au recourant, il reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de son état anxio-dépressif, selon lui clairement diagnostiqué par le Dr D.\_\_\_\_\_ ainsi que par les Drs G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ et requiert un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique.

L'appréciation de l'OAI n'emporte pas conviction. En effet, outre le fait que depuis le début de la procédure administrative, le Dr D.\_\_\_\_\_ ait signalé l'existence, chez le recourant, de troubles de l'humeur à connotation dépressive et la prise d'un traitement médicamenteux depuis 2007, les Drs G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, mettent en évidence, dans un rapport convainquant - car il tient compte de l'anamnèse, des plaintes du recourant et que ses conclusions sont dûment motivées - , que le recourant souffre d'un trouble dépressif chronique, d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, ainsi que d'une modification durable de sa personnalité liée à un syndrome algique et chronique. Ces éléments mettent fortement en doute la pertinence de l'appréciation de l'OAI, d'autant plus que celle-ci est fondée uniquement sur un avis de synthèse du SMR émis par le Dr C.\_\_\_\_\_ - qui n'est pas psychiatre - et qu'aucun examen clinique n'a été effectué par l'OAI. Les éléments mis en évidence par les Dr G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ne permettent en revanche pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante, ni l'existence ni l'ampleur d'une incapacité de travail d'origine psychique. En effet, dans leurs rapports, ces médecins ne se sont pas prononcés sur l'influence des troubles précités sur la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, il faut considérer que les faits n'ont pas été suffisamment élucidés, de sorte qu'il y a lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, comme l'a au demeurant admis l'OAI notamment dans son courrier du 18 janvier 2012.

**b)** Au plan physique, le recourant conteste également l'appréciation de l'OAI qui estime qu'il dispose d'une capacité résiduelle de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ceci dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009. En particulier, le recourant estime que l'instruction de l'OAI est inexacte et incomplète, car elle ne prendrait pas suffisamment en compte l'impact de ses problèmes lombaires, de son trémor postural ainsi que des opérations de ses hanches, sur sa capacité de travail.

**ba)** En ce qui concerne l'impact du trémor postural des membres supérieurs sur la capacité de travail résiduelle du recourant, les avis des médecins divergent, en particulier s'opposent d'un côté le Dr L. \_\_\_\_\_ r et de l'autre, les Dr Q. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_.

Selon le Dr L.\_\_\_\_, cette atteinte justifie de retenir des limitations fonctionnelles en ce sens qu'elle limite la dextérité du recourant dans l'exercice d'activités fines et empêche qu'il utilise des outils dangereux. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle ne limite pas sa capacité de travail.

Quant à la Dresse Q.\_\_\_\_\_, elle soutient, à tout le moins implicitement, que le trémor a une influence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, puisqu'elle relève, dans son rapport du 29 juillet, qu'il est "difficile d'envisager une réadaptation dans une activité plus légère en raison du trémor". Elle soutient également cette position dans sa lettre de sortie du 23 novembre 2009, dans laquelle elle explique que le recourant "pourra éventuellement être réadapté dans une activité légère, situation qui est cependant compromise par son trémor postural familial des membres supérieurs". Dans le même ordre d'idées, le Dr D.\_\_\_\_\_, a indiqué à plusieurs reprises, sans toutefois toujours l'affirmer de manière ferme, que le trémor limitait la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'activités légères (cf. ses courriers du 22 janvier 2010 et du 25 mars 2010).

L'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_ est convaincante. En effet, outre le fait qu'il a tenu compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant, son appréciation repose sur un examen clinique minutieux du trémor et les limitations fonctionnelles qu'il pose en lien avec cette atteinte paraissent parfaitement cohérentes par rapport à ses constatations objectives. Le trémor paraît ainsi n'avoir qu'un impact sur la dextérité du recourant dans l'exercice d'activité fines, sans avoir pour effet de diminuer sa capacité de travail dans une activité adaptée. Cette opinion est d'ailleurs corroborée par le rapport médical de la Dresse F.\_\_\_\_\_, neurologue invitée à se prononcer spécifiquement sur le problème du trémor, puisqu'elle conclut - à l'issue d'un examen clinique tout aussi minutieux et objectif, tenant compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant - que le trémor a uniquement pour effet de limiter la dextérité du recourant dans l'exercice d'activité fines. Quant aux rapports des Dr D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, il ne permettent pas de douter de cette appréciation, car ces médecins se sont en définitive contentés d'affirmer que le trémor rendait difficile l'exercice d'une activité adaptée, sans expliquer les raisons médicales qui les amenaient à cette conclusion, et sans même livrer de constatations cliniques quant à la manifestation du trémor.

**bb)** Les rapports médicaux présents au dossier divergent également en ce qui concerne l'impact des douleurs lombaires ainsi que des suites des opérations des hanches qu'a subies le recourant sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Pour le Dr S.\_\_\_\_\_, le recourant présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par ces atteintes (cf. son rapport du 14 août 2009). Quant au Dr L.\_\_\_\_\_, il adopte une position contradictoire, estimant d'une part que la capacité de travail exigible du recourant est "déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par la tolérance du matériel prothétique" et que dans une activité adaptée, respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, "la capacité de travail du recourant est de 75%" et, d'autre part, que les "lombalgies qui empêchent le recourant de rester longtemps debout ou assis sont des limitations fonctionnelles mais ne justifient pas

de diminution de capacité de travail dans une activité adaptée". Dans ces conditions, le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ ne permet pas de conclusions fiables quant à l'impact réel des lombalgies ainsi que des opérations des hanches sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. On ne peut par ailleurs pas retenir l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ qui ne motive en rien son affirmation.

Il résulte de ce qui précède que les rapports médicaux présents au dossier ne permettent pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'influence des douleurs lombaires et des suites des opérations des hanches qu'a subies le recourant, sur sa capacité de travail une activité adaptée à ces atteintes. Il y a donc lieu de constater que l'instruction a été défailante à cet égard et qu'une instruction complémentaire s'impose.

**9.** Reste à examiner sous quelle forme les mesures d'instruction complémentaire, nécessaires pour élucider la question de la capacité de travail aux plans psychique et physique, doivent intervenir.

**a)** Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent en principe au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés. Il peut soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à l'instruction complémentaire, par exemple en ordonnant une expertise judiciaire. Un renvoi à l'assureur ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait. Il en va différemment lorsqu'un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. (RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 N° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence en indiquant qu'un renvoi

à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs.

**b)** En l'espèce, pour établir l'état de santé du recourant au plan psychique, l'OAI s'est contenté d'un avis de synthèse du SMR émis par le Dr C.\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre. Aucun examen clinique psychiatrique n'a été ordonné, ce que l'on pouvait exiger compte tenu du fait que le recourant suivait un traitement médicamenteux depuis 2007 et que le Dr D.\_\_\_\_\_ ait signalé à plusieurs reprises que le recourant présentait des troubles de l'humeur à connotation dépressive. Dans ces conditions, il faut considérer que l'OAI a constaté les faits de façon sommaire, de sorte que la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Du moment que le renvoi à l'OAI se justifie pour éclaircir les questions psychiques qui se posent, il convient également de lui renvoyer la cause pour élucider la question de la capacité de travail au plan physique. L'expertise au sens de l'art. 44 LPGA devra ainsi être pluridisciplinaire, en ce sens qu'elle portera sur la capacité de travail du recourant au plan psychique, ainsi que sur l'influence de ses lombalgies et des conséquences des opérations de ses hanches, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Précisons finalement que même si l'infarctus dont a été victime le recourant est postérieur à la date de la décision attaquée, il se justifie, par économie de procédure, que l'expertise au sens de l'art. 44 LPGA détermine également l'influence de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail du recourant.

**10.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, est admis. La décision rendue le 14 avril 2011 par l'OAI est annulée et la cause renvoyée à l'Office pour complément d'instruction au sens de ce qui précède et nouvelle décision. La décision du 14 avril 2011 est maintenue

en ce qui concerne l'octroi de la rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2009.

Le recourant ayant lui-même demandé le renvoi de sa cause pour instruction complémentaire et ayant eu l'occasion d'exercer son droit d'être entendu dans les échanges d'écritures ultérieurs, il n'est pas nécessaire de lui donner la possibilité de se déterminer sur un éventuel retrait du recours (cf. ATF 137 V 314).

Obtenant gain de cause, le recourant a le droit à des dépens fixés, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), à 2'500 francs et mis à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD). Des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 14 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à l'Office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. La décision est maintenue en ce qui concerne l'octroi de la rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2009.

**III.** Le recourant, Z.\_\_\_\_\_, a le droit à des dépens fixés à 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** Des frais judiciaire, à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :