

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 octobre 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bidiville et Mme Férolles
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jacques Micheli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 53 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____, né le 8 mars 1949, a travaillé depuis le 1^{er} septembre 1986 comme concierge "A" au service des gérances de l'Etat de Vaud. Auparavant, après l'enfance et une formation professionnelle au Portugal, il était venu en Suisse et avait occupé divers emplois.

Il a cessé entièrement son travail de concierge le 7 janvier 1999. Il avait eu de nombreux arrêts de travail à partir du mois de juillet 1995.

Le 10 février 1999, Z._____ a déposé une demande de prestations AI.

L'Office AI a demandé à son médecin traitant, le Dr L._____, médecin généraliste, à Lausanne, un rapport médical. Ce rapport, du 16 avril 1999, mentionne les diagnostics suivants:

Lombalgies résiduelles après cure d'hernie discale L5-S1 gauche le 21 juillet 1995
Dorsalgies d'origine indéterminée
Cervico-brachialgies droites d'origine indéterminée
HTA
Gonalgies
Status après appendicectomie.

La partie "anamnèse actuelle" (rubrique 4.1 de la formule "rapport médical") contient les passages suivants:

"En 1995, le patient présente brusquement une lombosciatalgie gauche, dans les différentes investigations, on montre une hernie discale, ce qui a abouti le 21.07.95 à une hemilaminectomie L5 S1 gauche. Les suites opératoires ont été simples, le patient a progressivement pu reprendre son travail. Toutefois, concernant ses dorsalgies, différentes investigations (RX, IRM dorsale) n'ont pas montré de lésions particulières.

Suite à un accident de voiture, une récurrence des lombalgies résiduelles post-opératoires et apparition également de cervico-brachialgies mal systématisées prenant surtout le membre supérieur droit tant diurne que nocturne irradiant jusqu'au niveau des doigts et le gênant de plus en plus dans son travail de concierge. De plus apparaissent des gonalgies motivant, en décembre 1997, une

arthroscopie et qui conclut une chondrite interne. Toutefois, les suites opératoires sont marquées par des douleurs et impossibilité d'extension complète du genou. A noter également une HTA [hypertension artérielle] traitée, et actuellement compensée."

A la rubrique 1.5, le Dr L._____ a répondu "oui" à la question: "Estimez-vous qu'il est indiqué de procéder à un examen complémentaire de l'incapacité de travail ?".

Le rapport du Dr L._____ était accompagné (notamment) des avis médicaux suivants:

- rapport du 4 septembre 1995 du service de neurochirurgie de l'Hôpital X._____ (mentionnant une évolution post-opératoire favorable après hémilaminectomie L5-S1 gauche, et une possibilité de reprise du travail à 50 %);
- rapport du 29 juillet 1996 du Dr T._____, neurochirurgien à Lausanne, dont la conclusion est la suivante (rubrique "appréciation"):

"Au niveau lombaire, il persiste des séquelles vertébrales banales. Il n'y a plus d'indice en faveur d'une atteinte radiculaire. [...] L'IRM est également tout à fait rassurante en ce qui concerne la colonne lombaire puisqu'elle ne montre qu'une cicatrice qui me paraît plus discrète que celle qu'on voit habituellement. Au niveau dorsal, je ne pense pas qu'il y ait à craindre quelque chose de grave puisque le point douloureux reste strictement localisé, sans irradiation en ceinture, sans signes d'atteinte médullaire ou radiculaire associés, avec une IRM qui exclut d'ailleurs un processus expansif ou lythique. [...] Si les nouvelles sont plutôt rassurantes sur le plan médical, la reprise du travail pose néanmoins problème. Dans mon expérience dans pareille situation, on aboutit fréquemment à une incapacité partielle durable. Si on arrivait à faire reprendre M. Z._____ à 50 %, on peut à mon avis être satisfait et c'est donc le taux que je propose."

- lettres que le Dr L._____ a reçues du Dr H._____, chirurgien orthopédiste, à Lausanne, médecin traitant, avant et après une intervention chirurgicale au genou droit en décembre 1997 (la dernière lettre, du 13 janvier 1998, indique que le patient a repris le travail à 100 % sans trop de difficulté et qu'il peut poursuivre ses activités professionnelles à plein temps);
- lettre du 4 novembre 1998 du Dr F._____, du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital X._____, au Dr L._____ (le Dr L._____ avait adressé Z._____ au Dr F._____ parce qu'il se plaignait de douleurs du trapèze à droite; le Dr F._____ avait

conclu que le patient souffrait "essentiellement de surcharge fonctionnelle liée à un travail difficile");

- rapports de 1995 et 1996 de l'Institut d'imagerie médicale E._____ à Lausanne (IRM du rachis dorsal, CT scan lombaire, IRM lombaire).

Dans une lettre du 10 mai 1999 à la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, au vu des rapports médicaux précités et de son examen (dont aucun compte-rendu détaillé n'était présenté), le Dr D._____, médecin adjoint au médecin cantonal vaudois, a estimé qu'il était justifié d'accorder à Z._____ des prestations en cas d'invalidité, selon l'art. 54 de la loi sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (LCP; RSV 172.43) à un taux de 100 %. Z._____ a effectivement arrêté son métier de concierge en 1999 et il n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

Au sein de l'Office AI, un collaborateur spécialisé en mesures de réadaptation a eu un entretien avec Z._____ le 14 décembre 1999. Dans un rapport du même jour, ce collaborateur a exposé que de telles mesures n'entraient pas en considération, l'intéressé estimant un reclassement professionnel impossible dans sa situation, et le médecin cantonal ayant proposé d'accorder des prestations à un taux de 100 %.

Il n'y a pas eu d'autres mesures d'instruction dans cette procédure administrative.

B. L'Office AI a adressé le 24 mai 2000 à Z._____ un "projet d'acceptation de rente", pour une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 100 %, à partir du 1^{er} novembre 1999. La motivation retenue était celle-ci, après le rappel du système légal:

"Suite à des problèmes de santé, vous avez présenté des périodes suivies d'incapacités de travail depuis le 3 novembre 1998. A l'issue du délai de carence d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 LAI, soit le 3 novembre 1999, vous êtes toujours en incapacité totale de travail."

Le 8 août 2000, l'Office AI a pris une décision formelle dans le même sens.

C. En mai 2002, l'Office AI a introduit d'office une procédure administrative de révision de la rente. Dans un rapport médical intermédiaire du 27 août 2002, le Dr L._____ a indiqué qu'il n'y avait eu aucune modification du status.

Le 11 octobre 2002, l'Office AI a informé Z._____ qu'après examen de son degré d'invalidité, lequel n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, il continuait à le faire bénéficiaire de la même rente.

D. En mars 2004, l'Office AI a introduit une nouvelle procédure de révision d'office. Le Dr L._____ a été invité à déposer un rapport médical. Ce rapport, du 1^{er} juin 2004, mentionne un état de santé stationnaire (notamment: lombalgies résiduelles post-cure d'hernie discale, syndrome cervico-brachial droit persistant, douleurs au genou droit).

Le 22 juin 2004, l'Office AI a informé Z._____ qu'il continuait à bénéficier de la même rente, en l'absence de changement significatif du degré d'invalidité (100 %).

E. Le 20 juin 2005, l'Office AI a informé Z._____ que son dossier avait été soumis (dans le cadre d'une révision d'office) au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) car les renseignements médicaux au dossier ne paraissaient pas suffisants pour permettre à cet office de rendre une décision quant à son droit aux prestations.

Z._____ a dû se soumettre à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR le 13 janvier 2006. Un rapport a été établi le 22 mars 2006 par le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et par la Dresse I._____, psychiatre (ce rapport a été "réédité" le 5 février 2007 et il porte désormais également les signatures du Dr B._____, psychiatre, et du Dr Q._____, médecin-chef ad intérim du SMR). Les médecins du SMR ont posé le diagnostic suivant, avec répercussion sur la capacité de travail:

- lombosciatalgies gauches chroniques sur status après cure d'hernie discale L5-S1 associées à des troubles statiques et dégénératifs mineurs M54.4;
- cervico-brachialgies droites sur trouble dégénératif mineur du rachis cervical M54.2;
- gonalgies bilatérales sans pathologie ostéoarticulaire objectivable.

Dans le chapitre "appréciation consensuelle du cas", les auteurs du rapport notent en particulier ce qui suit:

"L'examen clinique que nous avons réalisé ce jour au SMR met en évidence essentiellement des signes de non-organicité dans un contexte oppositionnel associé à une exagération verbale manifeste [...].

Sur la base de notre examen clinique, l'étude du dossier mis à notre disposition, et des documents radiologiques présentés, nous ne pouvons pas cautionner l'invalidité à 100 % allouée à cet assuré. Sur la base des troubles ostéoarticulaires objectifs, nous pouvons tout au plus reconnaître une incapacité de l'ordre de 50 % dans son activité habituelle de concierge. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est théoriquement de 100 %. [...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psycho-social, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assuré n'est pas démonstratif et dans un discours clair et cohérent, il met en avant ses plaintes somatiques sans aucune amplification verbale, sans aucun signe de souffrance et sans attirer notre empathie. Sur la base d'un status psychiatrique dans les limites de la norme, l'assuré ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité. "

Les auteurs du rapport médical retiennent les limitations fonctionnelles suivantes:

"Pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis de façon répétitive. Pas de position statique assise au-delà de 1 heure, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes. Diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes. Pas de marche en terrain instable, pas de travail en hauteur, absence de montée et

descente d'escaliers à répétition, pas d'élévation des bras au-delà de 90°. Possibilité de varier les positions au minimum 1 fois à l'heure, de préférence à sa guise. Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques."

Dans un avis médical du 28 avril 2006, la Dresse S._____, du SMR, a précisé que la capacité de travail (50 % comme concierge, entière dans une activité adaptée) était déjà exigible lors de la demande initiale. Elle a aussi indiqué que les limitations fonctionnelles étaient bien décrites dans le rapport précité.

F. Le 2 mai 2008, l'Office AI a envoyé à Z._____ (désormais représenté par Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne) un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité.

Selon ce projet, il y a matière à reconsidération (selon l'art. 53 al. 2 LPGA) de la décision d'octroi d'une rente entière du 8 août 2000, parce que le dossier était incomplet sur le plan médical, et parce qu'il n'avait pas été tenu compte d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans ce projet, sur la base du rapport du SMR, il est retenu que Z._____ présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le calcul du degré d'invalidité est effectué ainsi:

- Salaire hypothétique comme concierge en 2007: 82'680 fr.
- Salaire de référence pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2007: 59'344 fr.
- Déduction en fonction des empêchements propres à la personne: 10%
- Revenu annuel d'invalidé: 53'409 fr.
- Préjudice économique: 35.40 %

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le projet de décision retient que le droit à la rente s'éteint. Il ajoute que la division de réadaptation de l'Office AI se tient à la disposition de l'assuré, sur demande explicite, afin de mettre en valeur sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

G. Le 4 juin 2008, Z._____ a communiqué ses objections à l'Office AI.

Par décision du 1^{er} décembre 2008, l'Office AI a supprimé la rente d'invalidité (avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification). Il a repris la motivation et les calculs de son projet de décision précité.

H. Z._____ (toujours représenté par Me Micheli) a recouru le 12 janvier 2009 contre cette décision. Il conclut à sa réforme en ce sens qu'il continue à bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Se référant à l'art. 53 al. 2 LPGA, il soutient que l'octroi d'une rente entière en 2000 n'était pas manifestement erroné, et que de toute manière la décision de suppression de rente pour un assuré de 60 ans ne revêt pas une importance notable.

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

Le recourant a déposé des observations complémentaires le 27 juillet 2009.

Le recourant a produit un courrier du 3 mars 2009 de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (CPEV), l'informant du maintien de sa rente d'invalidité totale (prestation de prévoyance professionnelle), nonobstant la décision de suppression de la rente AI.

Le Service du personnel de l'Etat de Vaud a été invité à calculer le salaire hypothétique du recourant au 1^{er} janvier 2009; il a produit une attestation le 3 septembre 2009 (salaire de 85'933 fr. pour une activité à 100 %).

I. A la requête du recourant, une audience de jugement a eu lieu le 29 octobre 2009. Les parties ont été entendues dans leurs explications.

E n d r o i t :

1. Le recours, interjeté 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]) compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) devant la juridiction compétente (art. 58 al. 1 LPGA), satisfait manifestement aux exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA, 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. La décision attaquée comporte deux aspects. D'une part, l'Office AI procède à la reconsidération de sa décision du 8 août 2000, en application de l'art. 53 al. 2 LPGA. D'autre part, cet Office évalue le taux d'invalidité après reconsidération, pour parvenir à la conclusion que le droit à la rente s'éteint. Dans son recours, l'assuré conteste, principalement, que les conditions du droit fédéral pour une reconsidération soient réunies.

a) En vertu du droit fédéral, l'assureur – en l'occurrence l'Office AI – peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de

longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. à ce propos un arrêt récent du Tribunal fédéral, 9C_527/2008, du 29 juin 2009; SVR 2/2009 UV n° 6, p. 21, consid. 5.3.1).

b) En l'espèce, il apparaît que la décision d'octroi d'une rente entière a été prise sur la base des conclusions d'un avis du médecin généraliste traitant (le Dr L._____). D'après la jurisprudence, la valeur probante de tels avis est généralement affaiblie, en raison des relations de confiance patient-médecin (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Quoi qu'il en soit, le Dr L._____ a posé à l'époque des diagnostics mentionnant les douleurs exprimées par le patient, mais sans décrire clairement les atteintes ni exposer la cause de cet état. Des médecins spécialistes (neurochirurgien, chirurgien orthopédiste) s'étaient également prononcés, après des opérations notamment, et leurs avis, annexés par le Dr L._____ à son propre rapport, se trouvaient au dossier en 2000. Tous ces examens ne permettent cependant pas de trouver une explication claire justifiant les douleurs. La prise de position du médecin cantonal, qui disposait dans son dossier des mêmes avis de spécialistes, n'apporte aucun élément supplémentaire. Au reste, il apparaît que les spécialistes ayant examiné, opéré ou soigné le recourant, ne se prononçaient pas dans le sens d'une invalidité totale. Dans ces conditions, le Dr L._____ lui-même avait précisé, dans son rapport du 16 avril 1999, qu'il lui paraissait indiqué de procéder à un examen médical complémentaire de l'incapacité de travail.

Le régime légal applicable en 2000, pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité, correspond pour l'essentiel au régime actuel. Il faut qu'une incapacité de gain totale soit établie (cf., actuellement, art. 8 al. 1 LPGA, art. 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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). En d'autres termes, pour évaluer le taux d'invalidité, il faut commencer par déterminer le gain que l'assuré est encore en mesure de réaliser, ou serait en mesure de réaliser, en y mettant toute la bonne volonté que l'on est en droit d'attendre de lui.

En renonçant, à l'époque de la première décision, à demander des avis circonstanciés à des spécialistes (du dos, des genoux ou des états douloureux), l'Office AI a statué sans véritable analyse de la situation sur le plan médical. Puis en s'abstenant d'examiner la possibilité pour le recourant de travailler dans une activité adaptée, au regard des limitations fonctionnelles liées à l'état de santé, l'Office AI a instruit et décidé de manière erronée. La prise de position d'un collaborateur spécialiste en réadaptation, qui s'est borné à mentionner les déclarations de l'assuré et à se référer à l'appréciation sommaire du médecin de l'employeur, ne contient aucun élément pertinent. Il apparaît clairement que la décision initiale résulte d'une application erronée du droit fédéral et de constatations de fait nettement insuffisantes.

La qualification de la décision initiale comme étant erronée est confortée par les éléments recueillis par l'Office AI à partir de 2005, en particulier le rapport d'examen clinique du SMR (rapport du 22 mars 2006). On rappelle qu'il ne s'agit pas, dans le cas particulier, de confronter deux appréciations médicales, celle de 2000 (Dr L._____) et celle de 2008 (SMR), mais de constater qu'il n'y avait pas eu de véritable analyse sur le plan médical à l'époque. Les procédures de révision introduites en 2002 et 2004 n'ont apporté aucun élément supplémentaire, aucun avis médical nouveau n'ayant été demandé.

Il est en outre sans pertinence, du point de vue de l'assurance-invalidité, que l'institution de prévoyance du deuxième pilier (la CPEV) maintienne expressément le droit à une pension d'invalidité. L'"invalidité définitive" au sens de l'art. 54 de la loi du 18 juin 1984 sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud ("Est définitivement invalide l'assuré qui est durablement incapable, ensuite de maladie ou d'accident, de remplir tout ou partie de sa fonction ou d'une autre fonction de substitution et dont le salaire est réduit ou supprimé à titre définitif") n'est pas définie de la même manière que dans la loi fédérale sur l'assurance-invalidité.

En définitive, les lacunes et les erreurs de la première décision de l'Office AI sont indubitablement graves et donc manifestes au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

c) La rectification revêt une importance notable quand le résultat (octroi ou non d'une rente, montant de la rente) est sensiblement différent, avec ou sans reconsidération (cf. Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich-Bâle-Genève 2009, n. 33-34 ad art. 53). En l'occurrence, les montants en jeu sont suffisamment importants - ils correspondent à une rente entière servie pendant plusieurs années - pour que cette seconde condition soit considérée comme remplie.

Il s'ensuit que l'Office AI était fondé à prononcer la reconsidération de la décision du 8 août 2000 octroyant au recourant une rente entière. Les griefs du recours à ce propos doivent donc être rejetés.

3. La reconsidération étant justifiée, il faut examiner si en "revenant sur la décision" initiale et en supprimant le droit à la rente, l'Office AI a bien appliqué les normes du droit fédéral régissant les prestations. Le recourant fait valoir une péjoration de son état de santé depuis 2000 et il conteste pouvoir travailler à 100 % dans une activité adaptée. A 60 ans, après 10 ans d'inactivité professionnelle, il affirme présenter un déconditionnement physique global excluant le retour dans le monde du travail, dans quelque profession. Du point de vue de la

comparaison des revenus, en vue de la détermination du degré d'invalidité, il soutient que dans le meilleur des cas, il pourrait réaliser un revenu annuel de 27'000 fr. au maximum et il faudrait encore opérer une déduction de 25 % sur ce revenu d'invalidité (déduction en fonction des empêchements propres à la personne). Sur cette base, il prétend toujours à une rente entière.

a) Le rapport du SMR met pour ainsi dire en évidence, sur le plan ostéoarticulaire, une attitude de non collaboration avec une simulation ou une nette exagération des douleurs et des limitations fonctionnelles. Le recourant ne prend pas directement position sur ces constatations médicales. Il ne critique pas non plus le volet psychiatrique de ce rapport pluridisciplinaire. Cela étant, il relève un élément objectif déterminant, à savoir le déconditionnement physique (voire psychique) qui est une conséquence d'une inactivité de plusieurs années, avec une rente d'invalidité. A l'âge de 60 ans, pour un travailleur sans formation professionnelle particulière, ce déconditionnement est de nature à empêcher la reprise d'une activité, même adaptée, à un taux de 100 % ou avec un plein rendement.

Dans la situation du recourant, il importe d'examiner plus en détail l'ampleur de ce déconditionnement ainsi que ses conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'agit, à première vue, d'un problème majeur pour l'intéressé. Il est nécessaire, pour déterminer le degré d'invalidité, de pouvoir se fonder sur l'avis de spécialistes en médecine du travail ou en mesures de réadaptation professionnelle, voire d'autres spécialistes de ces questions. L'avis du médecin traitant, qui a suivi le recourant durant ces années d'inactivité, est également un élément pertinent. Or le dossier de la cause ne contient pas de renseignements probants à ce sujet (en particulier, le volet psychiatrique du rapport du SMR n'aborde pas cet aspect).

En s'abstenant d'instruire sur ce point, l'Office AI n'a pas constaté de manière complète les faits pertinents et il n'a pas réuni les éléments permettant de déterminer le degré d'invalidité. Le recours doit

donc être admis dans cette mesure. La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause doit être renvoyée à l'Office AI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sur les points que l'on vient de mentionner.

b) L'annulation de la décision attaquée n'entraîne donc pas, à ce stade, l'octroi de la rente entière à laquelle le recourant prétend (ses conclusions n'étant pas entièrement admises). Cette question sera examinée par l'Office AI dans la suite de la procédure ouverte ensuite de la reconsidération.

Il n'y a pas lieu, en l'état, de se prononcer au sujet des différents éléments pertinents pour la détermination du degré d'invalidité, notamment sur la déduction en fonction des empêchements propres à la personne (réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé - cf. ATF 126 V 75). Il convient néanmoins de rappeler ce qui suit. Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un

employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, consid. 5.2 et les références). Cette "approche particulière" n'est toutefois, en principe, pas requise pour un assuré de 59 ou 60 ans lors de la naissance du droit à la rente (cf. TF 9C_104/2008 du 15 octobre 2008, consid. 4).

4. Vu l'admission partielle du recours, le recourant, représenté par un avocat, a droit à des dépens réduits, mis à la charge de l'Office AI (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 1^{er} décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet Office pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à payer à Z._____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Micheli, avocat (pour Z._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :