

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juillet 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Jomini et Abrecht
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

X._____, à Ecublens, recourant, représenté par CAP Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. X._____, ressortissant italien né en 1946, sans formation, travaillait comme collaborateur au restaurant Z._____, à Genève, pour un salaire mensuel de 5'600 francs. Mis en arrêt de travail depuis le 21 novembre 2007 par son médecin traitant, le Dr G._____, en raison d'une opération cardiovasculaire, il a déposé, le 29 février 2008, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a interpellé le Dr G._____, médecin interniste, qui a posé, dans un rapport du 7 mars 2008, les diagnostics principaux de canal lombaire rétréci existant depuis 2002 au moins, de diabète sucré insulino-traité, de dyslipidémie mixte, d'hypertension artérielle, de cardiopathie ischémique avec atteinte tri-tronculaire vascularisée chirurgicalement le 29 novembre 2007, de fibrillation auriculaire rapide cardioversée par Cordarone le 3 décembre 2007 et de sténose sous-claviculaire droite. Selon le médecin traitant, ces affections provoquaient une faiblesse et des douleurs au niveau des membres inférieurs, obligeant l'assuré à changer fréquemment de position et impliquant une diminution de rendement. Il prévoyait ainsi une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} avril 2008. Etait notamment jointe à son rapport une attestation du Dr E._____ du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier H._____ datée du 22 février 2008, selon laquelle l'assuré était régulièrement suivi pour son diabète, lequel nécessitait des efforts réguliers en termes de surveillance de la glycémie, le respect d'horaires dans l'alimentation, des injections d'insuline et l'accès à une source de sucre en tout temps pour prévenir une éventuelle hypoglycémie.

Le 14 mars 2008, le Dr B._____, cardiologue, a écrit à l'OAI pour l'informer qu'il n'existait à l'heure actuelle aucune problématique cardiovasculaire responsable d'une quelconque invalidité. Son courrier

faisait référence à un bilan daté du même jour, qui démontrait une bonne évolution postopératoire, malgré la présence d'une hypertension artérielle.

Dans un rapport du 28 avril 2008, la Dresse D._____, neurologue, a posé les diagnostics principaux de lombosciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit pluriétagé L3-L4, L4-L5 mixte et hernie discale L5-S1 paramédiane gauche depuis 2007, de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 connue depuis 1997, ainsi que de neuropathie cubitale gauche au coude déficitaire sensitive et motrice. Elle émettait un pronostic réservé s'agissant du canal lombaire étroit et de la claudication neurogène, dans la mesure où les traitements conservateurs avaient été épuisés, y compris les infiltrations, estimant que l'assuré était invalidé par cette pathologie chronique potentiellement évolutive avec le temps. Concernant la neuropathie cubitale gauche, elle relevait qu'il existait encore des possibilités de récupération progressive dans les mois à venir, mais que l'intéressé était néanmoins gêné par la perte de force du membre supérieur gauche pour la manutention et le port de charges. Elle relevait que l'assuré avait repris le travail à 50% à compter du 1^{er} avril 2008, mais qu'il était limité par les lombosciatalgies bilatérales et la faiblesse de sa main gauche, de sorte que sa capacité de travail ne dépassait pas ce taux.

Le Dr N._____, du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____, a diagnostiqué, le 30 juin 2008, des lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de canal étroit pluriétagé d'origine mixte et des dysbalances musculaires sévères. Il fixait l'incapacité de travail à 50% à compter du 1^{er} avril 2008 dans l'activité professionnelle habituelle, tout en précisant qu'un reconditionnement musculaire devrait être susceptible d'augmenter le rendement de l'assuré.

Au vu de ces éléments, le Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu, dans un rapport du 4 juillet 2008, que l'atteinte principale à la santé de l'assuré consistait en des lombosciatalgies sur canal lombaire étroit, qui impliquaient une incapacité de travail de 100% du 21 novembre 2007 au 30 mars 2008, puis de 50% depuis le 1^{er} avril

2008 dans l'activité habituelle. Il considérait toutefois que l'intéressé restait à même d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de station debout prolongée, pas de porte-à-faux, alternance des positions assise et debout), dès le 1^{er} avril 2008.

Son emploi au sein du restaurant Z._____ ayant pris fin en août 2008, l'assuré a retrouvé du travail auprès de [...] SA en tant qu'assistant de chef d'entreprise à 40% dès le 1^{er} octobre 2008, pour un salaire mensuel de base de 2'500 francs. Le 1^{er} décembre 2008, le Dr G._____ a indiqué que cette nouvelle activité, quoique adaptée à l'état de santé de son patient, n'était plus exigible qu'à 40% et cela de manière permanente. Il a précisé, le 17 novembre 2008, que la situation était stable s'agissant du canal lombaire rétréci, soit le handicap majeur quotidien, mais qu'elle était très préoccupante s'agissant de la maladie artérielle généralisée, malgré les mesures thérapeutiques entreprises. Il constatait que le retentissement sur l'état de santé de l'assuré était considérable et que ce dernier était dans l'impossibilité d'utiliser le segment lombaire de façon complète.

Par décision du 21 janvier 2009, confirmant un projet du 17 novembre 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 10kg, pas de station debout prolongée, pas de porte-à-faux, alternance des positions assise et debout) depuis le 1^{er} avril 2008. Il en résultait une perte de gain de 22'125 fr. 90, correspondant à un degré d'invalidité de 29,77%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'OAI ajoutait que, compte tenu du parcours professionnel et de l'âge de l'intéressé, aucune mesure professionnelle proportionnée n'était envisageable, raison pour laquelle seule une aide au placement lui était octroyée.

B. X._____ a recouru contre cette décision le 23 février 2009, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité,

subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il soutient que les Drs D._____, N._____ et G._____ retiennent tous trois un important éventail de limitations physiques dues à un canal lombaire étroit et une réduction de la capacité de travail d'au moins 50 pour-cent. Il rappelle que le diabète dont il souffre lui impose également de nombreuses contraintes dans le cadre de son travail et se prévaut d'un courrier de son employeur du 2 février 2009, selon lequel le taux d'activité exercé de 40% est le maximum exigible. Il fait grief à l'intimé d'avoir privilégié l'avis du SMR, dont il réfute la valeur probante, et conteste enfin le calcul de son revenu hypothétique, étant d'avis qu'un taux d'abattement de 25% se justifie afin de tenir compte de ses multiples limitations fonctionnelles et de son âge.

Dans sa réponse du 1^{er} mai 2009, l'OAI relève que les médecins qui ont examiné le recourant ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée et suggère en conséquence d'interroger le médecin traitant à cet égard. Il se réfère en outre à un avis du SMR du 30 avril 2009, auquel il se rallie, qui admet que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle est limitée à 50%, mais maintient que la capacité de travail exigible est entière dans une activité adaptée aux limitations liées aux lombosciatalgies. Selon cet avis, « les autres atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes : [...] il n'y a pas de séquelles cardiaques de l'intervention de novembre 2007 ; quant au diabète traité par insuline, il s'agit d'une anomalie métabolique (trop de sucre dans le sang) qui doit être traitée mais n'entraîne pas de symptômes incapacitants ni de limitations fonctionnelles en l'absence de complications. Il en va de même pour la dyslipidémie (trop de cholestérol dans le sang). Quant à l'âge avancé de l'assuré, il s'agit d'un facteur qui ne peut être pris en compte par l'AI ».

Dans sa réplique du 8 juillet 2009, le recourant confirme ses conclusions, en se prévalant de deux nouveaux rapports des Drs B._____ et G._____ datés du 8 mai 2009. Selon le Dr B._____, les affections coronariennes et orthopédiques dont souffre l'assuré limitent sa

capacité à fournir un effort et proscrivent tous travaux physiques importants qui risqueraient de soumettre son cœur à un stress inutile et délétère. Il affirme que son patient présente une cardiopathie ischémique sévère pour lequel tout autre traitement que médicamenteux est très risqué, ce status conditionnant le pronostic cardiovasculaire à long terme. Le Dr G._____ précise pour sa part que l'intéressé est avant tout handicapé par les répercussions douloureuses de son canal lombaire rétréci, mais que même en l'absence de cette symptomatologie, le diabète sucré insulino-requérant et la maladie coronarienne sévère limiteraient de toute façon sa capacité d'effort. Il est d'avis que son patient est incapable d'exercer une activité lucrative depuis le 10 mars 2009, sans toutefois exclure une amélioration de la symptomatologie douloureuse aux membres inférieurs à moyen terme.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI.

Le recourant soutient que sa capacité de travail n'est pas supérieure à 40%, en raison de ses affections somatiques. Il se prévaut de l'avis des différents médecins consultés et prétend à une rente entière d'invalidité. L'OAI se réfère pour sa part à l'avis du SMR selon lequel l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert.

b) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale

n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

3. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une capacité de travail limitée d'au moins 50% dans son activité habituelle en raison de ses affections somatiques, en particulier de ses lombosciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit et hernie discale. Reste toutefois à déterminer s'il dispose d'une capacité de travail exigible plus importante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que soutient l'intimé.

b) Selon l'OAI, cette capacité est entière dès le 1^{er} avril 2008 dans une activité sans port de charges supérieures à 10kg, sans station debout prolongée ou en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout. L'OAI fait ainsi siennes les conclusions du SMR du 4 juillet 2008, qui procède à une synthèse des avis médicaux précédemment versés au dossier, à savoir les rapports des Drs B. _____,

D._____ et N._____ des 14 mars, 28 avril et 30 juin 2008. Or, aucun de ces médecins ne s'est en réalité prononcé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, ce que relève d'ailleurs l'intimé lui-même dans sa réponse. En effet, s'il est vrai que les Drs D._____ et N._____ retiennent une incapacité de travail de 50% dans l'activité professionnelle habituelle, sans exclure une amélioration à moyen terme, ils ne précisent cependant nullement quel serait ce taux dans une activité respectant les nombreuses limitations fonctionnelles énumérées. Le Dr B._____ relève quant à lui dans un premier temps que la problématique cardiovasculaire n'entraîne aucune invalidité quelconque, puis semble affirmer le contraire dans son dernier rapport du 8 mai 2009, sans toutefois se déterminer précisément. En tous les cas, il n'est pas possible de déduire de ces rapports, comme le prétend le SMR, que la capacité de travail exigible du recourant atteindrait 100% dans une activité adaptée à compter du 1^{er} avril 2008.

Partant, c'est à juste titre que le recourant conteste la valeur probante du rapport du SMR du 4 juillet 2008, qui est dénué de toute motivation et ne satisfait à l'évidence aucunement aux conditions posées par la jurisprudence (cf. supra, consid. 2d). Cela étant, l'avis du SMR du 30 avril 2009, également des plus sommaires, n'expose pas de manière suffisamment complète et détaillée les raisons pour lesquelles il maintient sa position et ne saurait dès lors suffire en l'état pour donner tort aux autres médecins consultés, lesquels s'accordent tous à retenir une diminution de la capacité de travail.

Force est donc de constater que ces divers avis médicaux ne permettent pas, contrairement à ce qu'affirme l'office intimé, de déterminer la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée. Il n'est pas non plus possible de l'établir sur la seule base des constatations du médecin traitant de l'assuré, le Dr G._____, qui retient tout d'abord une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} avril 2008, puis de 40% de manière permanente, avant de soutenir que son patient n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative à

compter du 10 mars 2009. Au demeurant, les observations de l'employeur ne sont pas déterminantes.

c) En conséquence, l'instruction sur le plan médical se révèle lacunaire, de sorte que la cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer en toute connaissance de cause. Il se justifie ainsi de faire droit aux conclusions subsidiaires du recourant, soit d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire cardiologique et neurologique, et rende une nouvelle décision.

4. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision, dans le sens exprimé ci-dessus.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires in casu (art. 52 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 21 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la

cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour X._____),
- 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 :