

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 octobre 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 44 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 let. b LAI

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 16 avril 1948, a déposé le 30 octobre 2007 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de problèmes cardio-vasculaires depuis le 1^{er} septembre 2005. Titulaire d'un diplôme de coiffeur, il a abandonné l'exercice de sa profession en raison d'une coxarthrose aux hanches, qui a nécessité la pose de prothèses totales des deux hanches en 1993. En septembre 1997, il a été engagé comme employé d'office par l'EMS H._____.

Le 7 novembre 2007, l'assureur perte de gain de l'assuré, le R._____, a fait parvenir à l'OAI plusieurs documents, notamment ceux qui suivent :

aa) Un courrier du même jour, énumérant ainsi les périodes d'incapacité de travail de l'assuré :

du 1^{er} septembre au 21 novembre 2005 à 100% ;
du 22 novembre 2005 au 1^{er} janvier 2006 à 50% ;
du 10 janvier au 4 avril 2006 à 50% ;
du 5 avril au 9 avril 2006 à 100% ;
du 10 avril au 28 mai 2006 à 50% ;
du 20 septembre au 1^{er} octobre 2006 à 100% ;
du 2 octobre au 19 novembre 2006 à 50% ;
du 10 au 15 avril 2007 à 100% ;
du 16 avril au 14 juin 2007 à 50% ;
dès le 27 juillet 2007 à 50%.

bb) Un rapport émis par le Département de médecine interne des Hôpitaux [...] le 12 septembre 2005, duquel il ressort que l'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde sur maladie coronarienne de trois vaisseaux, affection qui a nécessité un séjour du 1^{er} au 3 septembre 2005 dans cet établissement.

cc) Un rapport du 5 avril 2006 du Dr J._____, spécialiste FMH en cardiologie, rendant compte de l'implantation chez l'assuré d'un défibrillateur cardiaque.

dd) Un rapport du 3 octobre 2007, dans lequel le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assuré était victime de décompensations cardiaques récidivantes dès qu'il connaissait un écart minime d'activité. L'assuré se plaignait de dyspnée d'effort, d'œdème des membres inférieurs, de fatigabilité importante et d'inadaptation cardiovasculaire à l'effort, et le Dr X._____ mentionnait avoir fait les mêmes constatations objectivement et avoir également observé un suboedème pulmonaire signalé à de nombreuses reprises par la sonde du pacemaker défibrillateur implanté. Quant au pronostic, il était mauvais, en raison de la fonction cardiaque diminuée, qui ne s'améliorait pas malgré un traitement optimal et une activité physique régulière, et en raison de fréquents épisodes de décompensation. Concernant la capacité de travail, ce médecin attestait qu'au-delà d'une activité modérée à 50%, son patient s'épuisait et multipliait les décompensations cardiaques.

b) Dans un rapport du 21 janvier 2008 adressé à l'OAI, le Dr X._____ a posé, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, une insuffisance cardiaque post-infarctus et une arthrose de hanches avec prothèse bilatérale. L'activité exercée jusqu'alors restait exigible à 50%, une autre activité semblable pouvant également être exercée au même taux. Le Dr X._____ a par ailleurs indiqué que l'assuré connaissait des décompensations cardiaques à répétition.

c) En décembre 2007, le contrat de travail de l'assuré a fait l'objet d'un avenant, selon lequel ce dernier était désormais engagé au poste d'employé polyvalent, soit un poste comprenant 50% du temps de travail comme aide animateur et 50% comme employé d'office. Il ressort toutefois du questionnaire pour l'employeur complété le 8 février 2008 par l'EMS H._____ que l'assuré n'a plus travaillé qu'à mi-temps depuis le 2 octobre 2007. Au vu de son état de santé, il n'a plus exercé, depuis le 1^{er}

décembre 2007, que ses tâches d'animation, dans lesquelles il peut travailler à son rythme avec un minimum d'efforts physiques, même s'il reste très fatigable malgré tout.

d) Dans un rapport du 13 mars 2008 adressé à l'OAI, le Dr J._____ a posé, à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, une maladie coronarienne avec dysfonction ventriculaire gauche sévère, le pronostic étant réservé. Indiquant n'avoir plus revu son patient depuis un dernier examen partiel en avril 2007, le Dr J._____ a mentionné que l'activité habituelle de l'assuré était encore exigible dans une certaine mesure, avec une diminution de rendement. L'assuré pouvait effectuer toutes les activités intellectuelles ne comportant pas de stress, sa capacité physique étant diminuée. En fonction du travail, une activité probablement à 100% pourrait être exigible. Par ailleurs, il ressort d'une note téléphonique du 11 mars 2008 que le Dr J._____ considérait l'assuré comme une personne très malhonnête, car il n'avait jamais payé les notes d'honoraires concernant la pose du défibrillateur cardiaque.

e) Dans un rapport médical du 4 juillet 2008, le Dr B._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu, comme atteinte principale à la santé de l'assuré, une insuffisance cardiaque post-infarctus. A titre de pathologies associées, il a mentionné les prothèses de hanches bilatérales. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était considérée entière du 1^{er} septembre au 21 novembre 2005 puis à 50% dès le 22 novembre 2005. Toutefois, se basant sur l'avis du Dr J._____, le Dr B._____ a retenu que, dans une activité adaptée (pas d'effort physique, pas de stress, horaires réguliers), la capacité de travail était entière dès novembre 2005.

Par ailleurs, il ressort des différentes fiches d'examen du dossier AI de l'assuré que ce dernier "s'est recyclé comme aide-soignant chargé de l'animation dans un EMS en 1997, en raison d'une coxarthrose bilatérale ayant finalement conduit à la pose de 2 prothèses".

f) Le 24 juin 2008, l'assureur perte de gain a écrit à l'assuré que son droit aux indemnités journalières prendrait fin le 1^{er} juillet 2008.

Le 18 juillet 2008, l'EMS H. _____ a établi une attestation selon laquelle l'assuré a travaillé dans cet établissement du 27 septembre 1997 au 30 juin 2008 à 100% puis à 50% dès le 1^{er} juillet 2008.

Le 25 juillet 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en vue l'obtention d'une rente à 50%.

Le 12 août 2008, l'employeur de l'assuré a fait parvenir à l'OAI un courrier, dont la teneur est la suivante :

« Nous faisons suite à vos courriers du 28 juillet et 8 août 2008 et vous informons que le cahier des charges pour le poste d'aide animateur est en cours d'élaboration.

Toutefois, nous vous communiquons ci-après certaines tâches confiées à M. Z. _____ :

- chorale,
- repas-rencontre,
- jeux de cartes,
- loto,
- animation individuelle,
- préparation et transmission de programmes télévisés, reportages extérieures, retransmis chaque jour...

Toutes ces activités sont proposées et partagées avec plusieurs de nos résidents.

D'autre part, concernant le poste d'employé d'office, M. Z. _____ n'est plus affecté à ce service ; sa santé ne lui permettant plus de pratiquer cette activité. »

g) Le 2 décembre 2008, l'OAI a établi un projet de décision, selon lequel la capacité de travail et de gain de l'assuré dans son ancienne activité d'aide soignant était de 50%, mais qu'elle était de 100% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Afin de déterminer le degré d'invalidité de l'assuré, l'OAI s'est basé sur un revenu d'invalidité annuel de 59'197 fr. 32, tiré de la table TA1, niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives dans le secteur privé) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2006, adapté à la durée de travail moyenne dans les entreprises en 2006 (soit 41,7 heures).

Ce montant a ensuite fait l'objet d'un abattement de 15%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu d'invalidité de l'assuré étant ainsi de 50'317 fr. 70 et son revenu sans invalidité de 69'452 fr. 55, le taux d'invalidité s'élevait à 27%, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à une rente.

Le 27 décembre 2008, l'assuré a fait parvenir à l'OAI ses objections au projet précité, affirmant que sa capacité de travail ne saurait dépasser 50%.

h) Par décision du 27 janvier 2009, d'un contenu identique au projet du 2 décembre 2008, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, en se référant à l'avis du médecin du SMR.

B. Par acte du 27 février 2009, Z. _____ a recouru contre la décision du 27 janvier 2009.

Dans sa réponse du 18 mai 2009, l'OAI a confirmé sa décision et a proposé le rejet du recours.

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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté auprès du tribunal compétent 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). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la détermination de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 16 LPGA, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, pour autant qu'il ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI).

b) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit ensuite examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

4. En l'espèce, l'intimé a nié au recourant tout droit à une rente d'invalidité en se basant sur le rapport du Dr B._____ du SMR du 4 juillet 2008 (cf. supra, let. A.e). Ce dernier conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée, en se fondant sur l'appréciation émise par le Dr J._____ dans son rapport du 13 mars 2008 (cf. supra, let. A.d). Or il convient de relever que le Dr J._____ n'a plus revu le recourant depuis le mois d'avril 2007, et qu'il a mentionné n'avoir effectué, à cette date, qu'un examen partiel du recourant. En outre, ce spécialiste s'est montré plus nuancé dans son appréciation que le médecin du SMR, car il écrit que pourrait être exigible une activité *probablement* à 100%. Par ailleurs, si le rapport du 21 janvier 2008 du Dr X._____ est mentionné en note de bas de page dans le rapport du Dr B._____, il n'en reste pas moins que les conclusions du médecin traitant, qui divergent fortement de celles du Dr J._____, n'apparaissent pas avoir été prises en compte par le médecin du SMR. Or le Dr X._____, bien que n'étant pas spécialiste en cardiologie, suit quant

à lui régulièrement le recourant et fait état de décompensations cardiaques récidivantes. Il fixe la capacité de travail de son patient à 50% au maximum, le pronostic lui paraissant mauvais, précisant qu'au-delà de ce taux, le recourant s'épuise et multiplie les décompensations cardiaques.

Au vu des conclusions contradictoires des deux médecins ayant suivi le recourant et de leur absence de précision quant à la fixation du taux d'incapacité de travail, force est de constater que l'OAI ne pouvait pas se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant sans procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pour clarifier ces questions médicales (ATF 117 V 282, consid. 4a ; TF I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Il en résulte que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur la seule base des pièces au dossier.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, 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 (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-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 de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou 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 (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, les lacunes que comporte le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'OAI et du médecin du SMR, qui s'est contenté de se référer, de manière imprécise et sans investiguer davantage, aux conclusions de l'un des médecins ayant examiné le recourant, au détriment de celles, contradictoires, émises par l'autre médecin. Il n'existe dès lors aucun motif s'opposant au renvoi de la cause pour complément d'instruction à l'office intimé, qui est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. Il convient donc de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision, après complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale, qui devra fixer la capacité de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles du recourant, et déterminer si l'activité d'animateur qu'il exerce est adaptée à son état de santé.

6. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé, pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'aide d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 27 février 2009 par Z. _____ est admis.

- II. La décision rendue le 27 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- 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 :