

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

T. _____, à Prilly, recourant, représenté par Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; art. 6, 7, 8 et 61 let. c LPG

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré) est né en 1947. Il a déposé, le 19 décembre 2002, une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi d'une rente.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a procédé à l'instruction initiale du dossier. Il en ressort notamment les actes médicaux suivants :

- une expertise médicale dont le rapport est daté du 18 mars 2005 et effectuée à la demande de l'OAI, par le Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui rendait compte notamment d'une incapacité de travail supérieure à 70 % depuis début 2002 au moins et relevait qu'une capacité de travail de 40 à 50 % au maximum pouvait être recouvrée après des mesures professionnelles, dans une activité adaptée ;

- une expertise médicale, datée du 23 février 2005 et réalisée à la demande de l'OAI, par le Dr P._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine manuelle, lequel retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles telles que la station debout prolongée, la position immobile soutenue, les mouvements de rotation sur les membres inférieurs, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, le port de lourdes charges au-dessus de 10 kg et proposait une approche thérapeutique pour le problème respiratoire ;

- un avis médical du 25 juillet 2005, dans lequel le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des poumons, diagnostiquait une bronchite chronique (BPCO stade 0) secondaire à un tabagisme chronique, un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) limite, un status post-embolie pulmonaire en 1984, un syndrome douloureux multiple dans le cadre d'un probable état anxio-dépressif et une obésité ;

- une expertise médicale, effectuée le 14 novembre 2005 par le Dr L._____, spécialiste FMH des maladies des poumons, lequel indiquait dans la discussion :

"l'anamnèse faite auprès du patient et de sa femme permet d'affirmer la présence d'apnées obstructives. De plus, le patient présente une somnolence diurne sévère pouvant être expliquée par un syndrome des apnées obstructives. Cependant, l'oxymétrie nocturne pratiquée bien qu'anormale ne permet pas formellement de retenir le diagnostic évoqué. Par ailleurs, les facteurs confondants, en l'occurrence, l'état dépressif et la prise de Citalopram rendent la situation équivoque. Vu la très forte présomption de présence d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil les investigations doivent être poussées plus avant. (...)" ;

B. Se référant au rapport d'examen SMR (Service médical régional AI) du 17 août 2006, l'OAI a, le 14 mai 2007, adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente, lui octroyant une demi-rente dès le 1^{er} août 2002 et trois-quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004 et jusqu'au 31 mars 2007. L'office intimé a considéré que suite au traitement de l'apnée du sommeil, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dès le 1^{er} janvier 2007.

Cette appréciation se fondait d'une part sur un rapport médical du 23 avril 2007, du Dr B._____, dans lequel ce dernier indiquait que l'assuré bénéficiait d'un traitement par auto-CPAP (continuous positive airway pressure) depuis le 24 juillet 2006, que la mise en route de celui-ci avait été laborieuse mais que le patient utilisait actuellement très régulièrement son appareil et qu'il ne subsistait plus de limitation fonctionnelle à une capacité de travail. L'appréciation de l'OAI se basait d'autre part sur le rapport médical du 4 mai 2007 de ce même spécialiste, qui attestait une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} janvier 2007. L'assuré avait par ailleurs repris l'activité de chauffeur de taxi à 100 % au mois de février 2007.

Par décision du 19 octobre 2007, l'OAI a confirmé ce préavis.

Dans un courrier du 19 octobre 2007, l'assuré a informé l'OAI de ses difficultés à exercer son activité de chauffeur de taxi à plein temps, malgré le port du masque (CPAP) durant la nuit. L'OAI a considéré ce courrier comme une demande de révision et, par courrier du 23 octobre 2007, a imparti un délai à l'assuré pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents comme un certificat médical.

Par lettre du 12 novembre 2007 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne, expliquait qu'il était dangereux pour son patient de continuer à exercer son activité de chauffeur de taxi au vu notamment de son syndrome des apnées du sommeil. Pour des raisons de sécurité, il attestait une incapacité de travail de 40 % pour une période de deux semaines afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé de son patient.

Dans un rapport médical du 14 janvier 2008, le Dr B._____ confirmait cette diminution de la capacité de travail, la motivant comme il suit :

"L'hypersomnolence et la fatigue qui réapparaissent peuvent être dues soit à l'utilisation non optimale du CPAP, soit à l'état dépressif du patient. Quoi qu'il en soit je pense qu'il y a une incapacité partielle de travailler estimée à 50 %, d'autant plus que M. T._____ est chauffeur de taxi et que l'hypersomnolence représente un certain risque".

Le 10 juin 2008, ce même médecin confirmait son appréciation du 14 janvier 2008, en l'étendant à toute activité compte tenu de l'importance de l'hypersomnolence et de l'état anxio-dépressif. Il précisait qu'une utilisation optimale du CPAP permettrait théoriquement une reprise de la capacité de travail à 100 %, sous réserve de l'état anxio-dépressif.

C. Dans un projet de décision du 17 novembre 2008, l'OAI a refusé l'octroi de toutes prestations, estimant qu'une utilisation appropriée du CPAP, soit toute la nuit, permettrait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

Par courrier du 24 novembre 2008, T._____ a contesté formellement ce préavis et sollicité l'octroi d'un entretien auprès de l'OAI

que cet office a fixé au 2 décembre suivant. Il en est ressorti notamment que l'assuré ne pouvait pas porter l'appareil toute la nuit sans l'aide d'une tierce personne, qu'il l'arrachait souvent et inconsciemment.

Dans un rapport médical du 7 juillet 2008, le Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie, après avoir effectué des tests relatifs à la somnolence diurne de l'assuré, a considéré que celle-ci était à mettre en relation avec le SAOS apparemment difficile à traiter par CPAP, et avait pour conséquence une inaptitude à exercer son métier de chauffeur de taxi, entravant même sa capacité de conduire un véhicule à usage privé.

Par décision du 10 février 2009, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, se fondant sur l'avis du 6 février 2009 du Dr Z._____, anesthésiologue et médecin au SMR, libellé en ces termes :

"Lors de l'audition du 02.12.2008 à l'OAI, l'assuré indique en présence de son épouse qu'il enlève le CPAP de façon inconsciente la nuit. Le CPAP est un appareil électrique qui produit de l'air, qui est transmis à l'assuré au moyen d'un masque (nasal) avec une bonne adhésion à la peau.

En résumé : Dans le cadre de l'art. 21 alinéa 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), il est stipulé que l'assuré doit participer spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail.

- le traitement par CPAP a déjà fait la preuve de son efficacité. A l'assuré de mettre tous les moyens en œuvre afin de poursuivre l'utilisation de cet appareillage de façon optimale.

- il n'y a pas d'intérêt à pratiquer des tests nocturnes respiratoires car l'enregistrement pratiqué en juillet 2008 par le Dr X._____ confirme un SAOS insuffisamment traité par le CPAP."

D. Par acte du 16 mars 2009, T._____ a recouru contre cette décision, concluant principalement à l'annulation de la décision, à la constatation de son droit aux prestations, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction, les avis médicaux étant largement contradictoires. A l'appui de son recours, il a produit notamment un rapport médical du Dr X._____, du 12 mars 2009, dont il ressort que seul

70 % des patients tolèrent le type de traitement prescrit, qu'il arrive assez fréquemment que l'appareillage soit enlevé inconsciemment par les patients en cours de nuit, que sa somnolence diurne est diminuée s'il peut dormir de 22 heures à 8 heures et demi et faire une sieste de deux heures l'après-midi et que sa capacité de travail en tant que chauffeur de taxi n'excède pas 50 %.

Dans sa réponse du 7 juillet 2009, l'OAI s'est référé à la décision attaquée tout en affirmant que la décision du 19 octobre 2007 était entrée en force.

Dans ses écritures du 1^{er} septembre 2009, T. _____ a maintenu que cette première décision ne pouvait être entrée en force compte tenu de son courrier du 19 octobre 2007 qui aurait dû être transmis à l'autorité de recours compétente.

Par leurs observations respectives des 22 septembre et 8 octobre 2009, les parties ont confirmé leur position.

E n d r o i t :

1. a) L'art. 69 al. 1 let. a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) 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 du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er}

janvier 2009 est immédiatement applicable (117 LPA-VD). Elle prévoit la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer sur les recours conformément à l'art. 56 LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA ; 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable en la forme. Il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est essentiellement litigieux le droit du recourant à une nouvelle rente de l'assurance-invalidité.

b) La question de savoir si la Cour est habilitée à se prononcer sur la poursuite du versement de trois-quarts de rente au-delà du 31 mars 2007, seule demande soulevée par le recourant relativement à la décision du 19 octobre 2007, n'a pas lieu d'être ; celle de l'entrée en force de la première décision peut en conséquence rester ouverte. En effet, il ressort du dossier que l'utilisation régulière de l'appareil CPAP depuis le mois de janvier 2007 avait permis au recourant de retrouver une pleine capacité de travail (cf. rapports médicaux du Dr B. _____ des 23 avril et 4 mai 2007). Le recourant indique lui-même avoir exercé son activité de chauffeur de taxi, en plein, depuis le mois de février 2007. Ce n'est qu'au mois de novembre 2007 que le Dr G. _____ a attesté une nouvelle incapacité de travail à 40 %. Ainsi, entre les mois de février et novembre 2007, période durant laquelle le recourant ne subissait aucune perte de gain et dans la mesure où son incapacité de travail a été interrompue de manière notable au sens de l'art. 29 ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) et de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, il n'a aucun droit à des prestations.

3. Cela étant, il convient d'examiner si le recourant a droit à nouveau à une rente d'invalidité à partir du mois de novembre 2007.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI).

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.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré 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 fixer le degré d'invalidité et prendre position, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

Les mesures de réadaptation ont la priorité sur l'octroi de la rente qui n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible (art. 7 al.1 LPGA ; ATF 121 V 190 consid. 4a ; TF 9C_186/2009 du 29 juin 2009 consid. 3.2). Dès lors, l'assuré a droit à une rente à condition que sa capacité de gain ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (l'art. 28 al.1 let. a LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

b) En l'espèce, s'il s'avère, selon les rapports du Dr B. _____ des 23 avril et 4 mai 2007 que l'utilisation régulière de l'appareil CPAP avait permis au recourant de retrouver une capacité de travail complète depuis le mois de janvier 2007. Il ressort également du dossier qu'après plusieurs mois d'utilisation, le recourant ne tirait plus le même bénéfice de son appareillage et subissait de ce fait une nouvelle aggravation de son état de santé. Le Dr G. _____ constatait à cet égard en novembre 2007, un état d'abattement et d'épuisement important entraînant un risque dans son activité de chauffeur de taxi et admettait une diminution de sa capacité de travail, confirmée également par le Dr B. _____, dans son rapport du 14 janvier 2008. Lors de son audition par l'OAI le 2 décembre 2008, le recourant déclarait qu'il lui était difficile de gérer une utilisation optimale du masque, puisqu'il l'arrachait inconsciemment pendant la nuit, ce que son épouse confirmait. A ce sujet, le 12 mars 2009, le Dr X. _____ attestait que seul 70 % des patients tolérait le type de traitement prescrit au recourant et qu'il arrivait assez fréquemment que l'appareillage soit enlevé inconsciemment en cours de nuit.

Le fait que, pendant quelques mois, l'utilisation de l'appareil ait pu avoir des effets permettant au recourant de retrouver sa capacité de travail, ne suffit donc pas à admettre au degré de vraisemblance prépondérante que ce dernier est consciemment responsable de l'aggravation actuelle de son état de santé et de la diminution de sa capacité de travail. A ce titre, il convient de rappeler que le Dr B. _____, dans son rapport médical du 23 avril 2007, a attesté d'une mise en route laborieuse du traitement, et que le Dr G. _____, dans son rapport

médical du 12 novembre 2007, a quant à lui fait mention d'un important état d'épuisement du recourant suite à dix à douze heures par jour de travail pour maintenir son activité à 100 %. Enfin, il est à noter, contrairement à l'avis du SMR du 6 février 2009, que le Dr X. _____ n'a évalué, le 7 juillet 2008, que la somnolence diurne excessive.

Compte tenu de ces éléments contradictoires, une instruction complémentaire sous forme de tests nocturnes que l'OAI avait déjà envisagée, doit être menée pour permettre d'ôter le doute qui subsiste encore quant à l'exigibilité raisonnable du port optimal du masque par T._____.

4. A l'issue de cette instruction complémentaire, il appartiendra toutefois encore à l'intimé d'examiner l'importance et les conséquences de l'état anxio-dépressif du recourant sur sa capacité de travail.

a) En effet, selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit 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. En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_700/2010 du 10 décembre 2010 consid. 3.3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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. 3 ; TF 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). D'un point de vue formel, on doit attendre du médecin invité à rédiger un rapport après avoir examiné un assuré, qu'il s'exprime de façon neutre et circonstanciée, en s'appuyant sur des constatations d'ordre médical plutôt que sur des jugements de valeur. Le médecin fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur l'un ou l'autre sujet. Ses déterminations seront rédigées de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références citées ; TF I 626/05 du 7 novembre 2006 consid. 3.2.2 ; TF I 671/02 du 26 juin 2003 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, il ressort du rapport du Dr B. _____ du 14 janvier 2008, que l'hypersomnolence et la fatigue qui réapparaissent peuvent être dues soit à l'utilisation non optimale du CPAP, soit à l'état dépressif du patient. Ce spécialiste réservait également cet état anxio-dépressif dans son rapport du 10 juin 2008. En réponse à une question complémentaire de l'OAI s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il admettait en outre une capacité de travail limitée à 50 % même dans une activité adaptée en raison de l'hypersomnolence qui pouvait subsister et de l'état anxio-dépressif du recourant.

Les documents médicaux antérieurs à la décision de l'OAI du 19 octobre 2007 mentionnaient déjà cette question, si bien qu'ils doivent être réactualisés.

5. a) En définitive, il convient d'admettre que la cause est insuffisamment instruite pour statuer en l'état, sur le droit de T. _____ aux prestations litigieuses. Il appartiendra à l'OAI de faire effectuer des tests nocturnes complémentaires, pour évaluer l'exigibilité du traitement par CPAP et de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour évaluer l'importance et les conséquences de l'état anxio-dépressif du recourant sur sa capacité de travail, ainsi que le début de l'incapacité de travail cas échéant.

b) Compte tenu de ce qui précède, l'examen du refus de la rente sur la base de l'art. 21 al. 4 LPGA n'a pas lieu d'être à ce stade, à plus forte raison que ne figure au dossier aucun document avertissant le recourant des conséquences encourues, ensuite de son inaction. L'OAI sera alors libre de procéder par la suite, en fonction de cette instruction complémentaire selon cette dernière disposition.

6. a) Vu le sort du litige, le recourant qui est représenté par un mandataire professionnel a droit à l'allocation d'une indemnité de dépens de 2'300 fr., déterminée sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

b) Il y a lieu de renoncer à percevoir un émolument judiciaire à la charge de l'office intimé débouté, lequel est réputé agir comme collectivité publique (art. 52 al. LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 10 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à T._____.

V. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, service juridique, (pour T. _____),
- 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 :