

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Röthenbacher
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q._____, à Palézieux, recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, divorcé, exerçant la profession de cantonnier depuis 1983, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 8 janvier 2007. En incapacité de travail à 50% depuis octobre 2006, il indiquait avoir souffert de deux infarctus, d'une lésion des poumons, de diabète ainsi qu'avoir subi une opération des genoux.

En septembre 2006, le Dr T. _____, médecin cantonal adjoint, a proposé une reprise progressive à 100%, dans un travail adapté. L'assuré a collaboré dans un projet pilote du service du personnel. Par ce moyen, une place à 50% adaptée a pu être trouvée au service d'entretien des automobiles de l' [...] en octobre 2006. Il a été mis au bénéfice d'une retraite anticipée à 50% pour des raisons de santé.

Dans un rapport médical du 22 février 2007, le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a posé les diagnostics de status après arthroscopie pour déchirure grade II du ménisque interne du genou droit, de diabète de type II, d'obésité, d'hypertension artérielle (HTA), de tabagisme, d'hypoacousie, de status après infarctus du myocarde et d'épisodes dépressifs. Il en résultait une incapacité de travail de 100% en tant que cantonnier, l'assuré conservant une capacité entière dans une activité légère adaptée aux problèmes de gonalgie.

Aux termes d'un rapport médical établi le 24 avril 2007 par le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine générale, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales, sur lésions dégénératives des genoux, d'obésité morbide et de diabète de type II, insulino-requérant ont été posés. La capacité de travail résiduelle de l'assuré a été évaluée à 50% dans une activité adaptée telle celle exercée à l' [...]. La conjonction de la surcharge pondérale, avec les multiples

autres pathologies faisait craindre la multiplication des problèmes de santé à moyen terme.

Selon un rapport de stage du centre Oroph de [...] du 10 juillet 2007, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir une activité légère, en position assise avec alternance des positions et ne nécessitant pas une trop grande précision.

A l'occasion de l'instruction du dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a convoqué son assuré auprès de son Service Médical Régional (SMR) en date du 5 mai 2008, afin d'y réaliser un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 6 mai 2008, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, s'est exprimé comme il suit sur le cas de l'assuré:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail
 - Gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs (gonarthrose). M17.0.
 - Dyspnée à l'effort dans un contexte d'insuffisance cardiaque compensée et insuffisance pulmonaire.
 - Fatigue chronique avec somnolence diurne dans un contexte de syndrome des apnées du sommeil avec 15 apnées par nuit malgré un appareillage par C-PAP.

- sans répercussion sur la capacité de travail
 - Diabète de type II insulinodépendant.
 - Hypertension artérielle traitée.
 - Dyslipidémie.
 - Obésité de classe I en voie de traitement.

APPRECIATION DU CAS

Assuré âgé de 49 ans, ayant bénéficié d'un reclassement professionnel à 50% auprès de l' [...] en tant que distributeur de courrier interne et logisticien, à raison de 5 demi-journées/semaine depuis le mois d'octobre 2006. Auparavant, cet assuré était employé cantonal en tant que chef d'équipe pour l'entretien des routes.

L'examen clinique de ce jour met en évidence un assuré en état général conservé, présentant une obésité de classe I après une perte pondérale de 13kg en l'espace de 2 mois.

Sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré met en avant des gonalgies à caractère mécanique, avec confirmation de troubles dégénératifs par les examens complémentaires mis à disposition au dossier

médical. Le reste de l'examen ostéoarticulaire ne met pas en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires. Sur le plan neurologique, hormis un trouble de la pallesthésie en relation avec une polyneuropathie périphérique d'origine diabétique, aucun déficit spécifique n'a été retrouvé.

Le status de médecine générale est sp, hormis la surcharge pondérale. L'anamnèse fournie par l'assuré met en évidence un phénomène de fatigue chronique avec somnolence diurne, exacerbée de façon progressive dans le courant de la matinée. Ce syndrome de fatigue et cette somnolence est vraisemblablement secondaire à un syndrome des apnées du sommeil, présentant toujours une quinzaine d'apnées du sommeil par heure, malgré un appareillage par C-PAP.

En conclusion, sur le plan ostéoarticulaire, cet assuré présente un trouble dégénératif au niveau des 2 genoux (une gonarthrose), induisant une impossibilité d'exercer des activités en force, debout, de façon prolongée. Toute forme d'activité à caractère sédentaire permettant les variations de position et ne nécessitant pas des attitudes en genuflexion ou accroupies, avec absence de montée ou descente d'escaliers à répétition sont possibles à un taux de 100% sur le plan ostéoarticulaire.

Les autres atteintes à la santé (apnées du sommeil, diabète, surcharge pondérale) sont responsables d'une diminution de rendement dans l'activité adaptée aux atteintes ostéoarticulaires.

En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle, vu les différentes atteintes à la santé présentées par l'assuré, une activité dite adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 15-20% tout au plus, par rapport aux différentes pathologies présentées et aux limitations fonctionnelles évoquées.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 10kg de façon répétitive, pas de station statique debout au delà de 10-15 min, diminution du périmètre de marche à environ 45 min, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas de position statique assise au-delà de 40 min sans possibilité de varier les positions assises et debout, pas d'activité en force.

Depuis quand y a-t-il une Incapacité de travail de 20% au moins?

Sur la base des documents mis à notre disposition et de l'anamnèse fournie, l'assuré est au bénéfice d'une incapacité de travail à 50% depuis le mois d'octobre 2006 et depuis lors, il a bénéficié d'un reclassement professionnel à ce taux.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, de l'étude du dossier médical mis à disposition et des documents radiologiques présentés, nous n'avons pas retenu d'atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée dans une activité adaptée.

L'activité antérieure de cantonnier/chef d'équipe est contre-indiquée au vu des différentes atteintes à la santé présentées par l'assuré. De ce fait, une incapacité de travail de 100% dans ce domaine doit être retenue.

Une activité dite adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 15-20% tout au plus.

Concernant la capacité de travail exigible, toute forme d'activité adaptée à caractère sédentaire, qui respecte les limitations fonctionnelles de façon stricte est possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de max. 15-20% et ceci depuis le mois d'octobre 2006.

L'activité habituelle de l'assuré est formellement contre-indiquée.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0%

Dans une activité adaptée: 80% Depuis le: octobre 2006"

Dans un rapport médical SMR du 30 mai 2008, le Dr P. _____

a fait siens les diagnostics, limitations fonctionnelles et conclusions du Dr S. _____, en précisant que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle existait depuis le 8 février 2006.

Par projet d'acceptation de rente du 28 août 2008, l'OAI a constaté que, dans son activité habituelle de cantonnier, l'assuré présentait les incapacités de travail suivantes:

"50% du 9 janvier au 7 février 2006,
100% du 8 février au 8 octobre 2006,
50% dès le 9 octobre 2006."

Reprenant les conclusions de l'examen clinique rhumatologique effectué le 5 mai 2008 au SMR, lequel se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical, l'OAI a considéré qu'il existait une capacité de travail exigible à 80% dès octobre 2006 dans une activité adaptée à l'état de santé de son assuré. Après comparaison des revenus d'invalidé et de valide, il a été mis en évidence un préjudice économique de 42,15% lui ouvrant droit à un quart de rente AI dès le 1^{er} janvier 2007 (délai d'attente d'une année).

Le Dr F. _____, spécialiste FMH en neurologie, a pratiqué une IRM cérébrale avec angio-IRM précérébrale et cérébrale en date du 25

août 2008. Dans un rapport d'examen du 26 août 2008, ce médecin a relevé ce qui suit:

"Renseignements cliniques:

Il s'agit donc d'un patient souffrant d'une hypertension artérielle, d'une hyperlipidémie, d'un diabète et d'une surcharge pondérale (syndrome métabolique) et d'une cardiopathie ischémique (status après infarctus et pose d'un stent) ayant constaté au matin il y a 3 semaines une cécité de l'œil droit allant récupérer en quelques minutes. Il s'agit du premier épisode du type. Pas d'autres symptômes neurologiques rapportés spontanément et à la demande par le patient si ce n'est un status après une paralysie faciale périphérique récidivante (à deux reprises à droite et une reprise à gauche). Contexte de polyarthrose. Un bilan cardiologique est prévu.

Le traitement actuel comporte Amlodipine, Aspirine cardio 100, Metfin, Diamicron, Co-Aprovel et Selipran.

Examen neurologique:

L'examen neurologique effectué comme habituellement s'est révélé normal notamment sans souffle à l'auscultation des vaisseaux pré cérébraux et sans signe de latéralisation.

Echo-doppler carotidien vertébral et sous-clavier:

Cet examen ne révèle pas de lésions hémodynamiquement significatives sur les réseaux carotidiens et vertébraux pré cérébraux ainsi que sur les artères sous-clavières. On note par contre à l'échotomographie la présence de dépôts athéromateux modérés au niveau des deux bifurcations carotidiennes sans répercussion hémodynamique même locale.

IRM cérébrale avec angio-IRM pré cérébrale et cérébrale:

A l'IRM cérébrale, quelques minimales lésions hyperintenses T2 aspécifiques de type leucoaraïosis.

A l'angio-IRM pré cérébrale et cérébrale, pas de lésion significative si ce n'est une discrète sténose distale du segment V3 de l'artère vertébrale droite sur athéromatose.

Résumé du cas et appréciation:

La description des troubles donnée par Monsieur Q. _____ évoque clairement une amaurose fugace de l'œil droit dans un contexte de facteurs de risques vasculaires multiples.

Le résultat du présent bilan est à considérer comme globalement rassurant puisque ne démontrant pas de lésion sténosante majeure tant au niveau pré cérébral que cérébral même s'il existe indubitablement la présence de dépôts athéromateux modérés au niveau des bifurcations carotidiennes ainsi que sur le segment distal de l'artère vertébrale droite.

La normalité du présent bilan doit bien entendu faire rechercher une cause cardiaque aux troubles.

Si le bilan cardiologique ne démontre pas de source potentiellement emboligène, il conviendra de poursuivre le traitement actuellement en cours hormis le remplacement de l'Aspirine cardio par du Plavix

(ce que je me suis permis d'effectuer). Au cas où le bilan cardiaque démontrerait l'existence d'une source cardiaque emboligène, il conviendrait bien entendu de remplacer l'antiagrégation plaquettaire par une anticoagulation. Parallèlement à tout cela, il convient bien entendu de contrôler au mieux les facteurs de risques vasculaires."

Par lettre du 16 septembre 2008 adressée à l'OAI, l'assuré a fait part de son objection et a sollicité la fourniture de renseignements complémentaires. Il ne comprenait pas que son invalidité se trouve en rapport avec le pourcentage de perte de salaire et non de son incapacité de travail qui, à ses dires, était de 50% vu son état de santé.

Dans un courrier du 25 septembre 2008 adressé au Dr G._____, le Dr R._____, cardiologue suivant l'assuré, a précisé que l'examen des carotides était normal tout comme celui de la circulation artérielle périphérique. Quant à l'examen du cœur, les bruits étaient normaux en qualité, le rythme étant sinusal à une fréquence de 77/min. Selon une échocardiographie transthoracique du 16 septembre 2008, le diagnostic posé était celui d'un infarctus inféro-postérieur ancien. Le 18 mars 2009, le Dr R._____ a confirmé que les examens cardiaques étaient bons et qu'il avait motivé son patient à la poursuite d'un exercice physique régulier et prolongé.

Par décision du 14 novembre 2008, l'OAI a notifié une décision formelle accordant le droit à un quart de rente ordinaire d'invalidité à l'assuré.

Dans une correspondance adressée le 28 novembre 2008 à l'OAI, le Dr T._____, a relevé qu'il était nécessaire de réévaluer le taux d'invalidité de l'assuré. Il a indiqué que depuis deux ans l'assuré était apte à exercer une activité adaptée au taux de 50% au Service des routes, et que dans l'intervalle du projet de décision, l'assuré avait présenté d'autres problèmes sévères. Partant son état de santé ne lui permettait nullement une progression à un pourcentage d'activité plus élevé. Le médecin cantonal a en outre souligné que, en plus de l'importante latence des décisions et de l'évaluation à une incapacité au taux de 42%, qui revient à

une rente de 25%, l'assuré est confronté à des difficultés financières sévérissimes qui représentent des complications préjudiciables à sa santé.

B. Le 8 décembre 2008, l'assuré a formé recours contre la décision rendue le 14 novembre 2008, sollicitant le réexamen de son dossier. Il a mentionné présenter de nouveaux problèmes de santé et a confirmé être apte à exercer une activité adaptée au taux de 50%, son état de santé ne lui permettant pas d'occuper un poste à un taux supérieur.

A teneur d'un avis médical SMR du 19 janvier 2009, le Dr P._____ estime que les "difficultés financières sévérissimes" auxquelles l'assuré est confronté ne constituent pas un fait nouveau sur le plan médical. L'exigibilité restant inchangée, il n'y a par conséquent pas lieu de modifier l'appréciation de sa situation médicale telle que ressortant du rapport médical SMR du 30 mai 2008, repris dans le projet d'acceptation de rente du 28 août 2008.

Dans un rapport médical du 2 mai 2009, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale, a notamment mentionné que son patient avait présenté deux épisodes de malaises avec sensation de perte de connaissance de type malaise orthostatique en novembre 2008, puis à nouveau en février 2009. Quant au pronostic, ce médecin a souligné que la multiplicité des facteurs de risque et les antécédents médicaux de type cardiovasculaire indiquaient un risque élevé de nouvelle complication en ce sens à moyen terme. Quant au plan psychique, le patient restait fragile. L'exercice d'une activité adaptée à 50% étant selon lui exigible. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: Une difficulté de déplacement, pas de position prolongée en genuflexion, une résistance à l'effort diminuée, des difficultés d'adaptation et l'impossibilité de porter de lourdes charges.

Interpellé par les médecins du SMR quant à l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de station statique debout au-

delà de 10-15 min, diminution du périmètre de marche à environ 45 min, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas de position statique assise au-delà de 40 min sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas d'activité en force et pas de conduite de véhicules ou d'usage de machines dangereuses), dans un complément du 2 juillet 2009, le Dr F._____, qui avait investigué la question de ces malaises répétés avec amaurose fugace en 2008, a indiqué que pour ce qui était des seuls problèmes neurologiques, la capacité de l'assuré était complète.

Dans un avis médical SMR du 15 juillet 2009, le Dr P._____ a résumé comme il suit les constatations médicales ressortant de l'instruction du dossier:

"Le Dr T._____ nous informe que l'assuré exerce une activité à 50% au service des routes.

Le Dr R._____ cardiologue n'annonce ni fait nouveau, ni empêchement à l'intégration au monde de l'économie. Dans son courrier du 25 septembre 2008 il se réfère à l'infarctus du myocarde traité en 1998, événement connu et pris en compte lors de l'instruction initiale.

Dans son rapport médical du 2 mai 2009, le Dr G._____ annonce des malaises répétés avec amaurose fugace en 2008. Ce problème a été investigué du point de vue neurologique par le Dr F._____.

Le Dr F._____ [le] 2 juillet 2009 estime que l'exigibilité est complète dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter de l'exigibilité établie par le rapport d'examen SMR du 30 mai 2008."

Dans sa réponse du 6 octobre 2009, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a soutenu que l'assuré présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée selon rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 6 mai 2008, lequel remplit toutes les conditions pour se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence. Au demeurant, aucune des pièces médicales recueillies postérieurement n'est susceptible de rediscuter le bien-fondé du rapport d'examen SMR précité.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

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); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une question liée au droit à la rente.

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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige consiste à savoir si, compte tenu de sa situation, le recourant est en droit de prétendre à une rente d'invalidité d'un degré supérieur au quart de rente qui lui a été alloué selon la décision litigieuse. En d'autres termes, le recourant conteste sa capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et partant l'évaluation de son taux d'invalidité telle qu'opérée par l'OAI (in casu 42,15%) en indiquant à cet effet être apte, sous l'angle médical, à l'exercice d'une activité adaptée à 50%, ce qu'il effectue depuis deux ans.

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.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid.

3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional (SMR), au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 523/2002 du 28 octobre 2002, consid. 3). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 et TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3)

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent 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; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une

opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

c) En l'espèce, le dossier comporte tout d'abord un rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 6 mai 2008 au terme duquel, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, retient que dans une activité qui respecte ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 10kg de façon répétitive, pas de station statique debout au delà de 10-15 min, diminution du périmètre de marche à environ 45 min, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas de position statique assise au-delà de 40 min sans possibilité de varier les positions assises et debout, pas d'activité en force), le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 15-20% maximum, ceci à compter d'octobre 2006.

Dans un rapport d'examen neurologique du 26 août 2008, le Dr F._____ constate, consécutivement à une IRM cérébrale avec angio-IRM pré cérébrale et cérébrale, que le bilan doit être considéré comme globalement rassurant car ne présentant aucune lésion sténosante majeure tant au niveau pré cérébral que cérébral. Seule une amaurose fugace de l'œil droit dans un contexte de facteurs de risques vasculaires multiples est évoquée selon la description des troubles rapportée par le recourant. Dans un complément du 2 juillet 2009, ce médecin précise que sur le plan purement neurologique, la capacité résiduelle du recourant est totale.

Le cardiologue et médecin traitant, le Dr R._____, dans un courrier du 25 septembre 2008, souligne la normalité des résultats des divers examens pratiqués. Le 18 mars 2009, ce médecin confirme que les

examens cardiaques sont bons, et motive de ce fait le recourant à la poursuite d'un exercice physique régulier et prolongé.

Le 28 novembre 2008, le Dr T._____, médecin cantonal, fait mention de problèmes sévères dont le recourant souffrirait ainsi que de difficultés financières le concernant, sans plus amples explications à ce propos. Il est d'avis que l'état de santé du recourant ne lui permet pas d'occuper une activité adaptée à un taux supérieur à 50%.

Le Dr P._____ indique, dans un avis médical SMR du 19 janvier 2009, que les difficultés financières évoquées ne constituent pas un fait médical nouveau, de sorte que l'exigibilité médicale reste identique à celle ressortant du rapport SMR du 30 mai 2008 (80% dans une activité adaptée dès octobre 2006).

Le 2 mai 2009, le Dr G._____, médecin généraliste, mentionne deux épisodes de malaises avec sensation de perte de connaissance en novembre 2008, puis à nouveau en février 2009. Selon lui, l'exercice d'une activité adaptée à 50% était exigible.

Au vu de ces éléments on constate en premier lieu que consécutivement à l'annonce par le médecin cantonal de problèmes sévères dont le recourant souffrirait, le Dr R._____, cardiologue traitant, est d'avis que les examens cardiaques sont bons (examen des carotides et de la circulation artérielle périphérique normaux. Quant à l'examen du cœur, les bruits étaient normaux en qualité). Selon une échocardiographie transthoracique du 16 septembre 2008, le diagnostic posé était celui d'un infarctus inféro-postérieur ancien, cette affection était donc connue et avait été prise en compte à l'occasion de l'instruction initiale. Il n'existe dès lors ni fait nouveau, ni empêchement à l'intégration au monde de l'économie sur le plan cardiologique par rapport à la situation telle que celle-ci se présentait lors de la décision litigieuse.

En second lieu, le Dr G._____, médecin généraliste, fait état le 2 mai 2009 de malaises répétés avec sensation de perte de

connaissance de type malaise orthostatique en novembre 2008. Or ce problème a été investigué du point de vue neurologique par le Dr F._____ à l'occasion de ses examens pratiqués le 25 août 2008. Le 2 juillet 2009, ce neurologue a estimé que l'exigibilité du recourant était complète dans une activité adaptée. Les éléments mis en évidence par le Dr G._____ ne sont donc pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de cet examen neurologique.

Pour terminer, c'est à raison que le Dr P._____ indique, dans un avis médical SMR du 19 janvier 2009, que les difficultés financières évoquées ne constituent pas un fait médical nouveau, de sorte que l'exigibilité médicale ne s'en trouve en aucun cas modifiée.

Le dossier ne présente pas d'éléments médicaux objectifs à même d'étayer les problèmes sévères évoqués ultérieurement au projet d'acceptation de rente du 28 août 2008 par le Dr T._____, médecin cantonal. Dans ces circonstances, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'exigibilité de 80% dès octobre 2006 dans une activité adaptée telle que retenue au terme de l'examen rhumatologique SMR du 5 mai 2008, lequel satisfait au demeurant pleinement aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra).

En définitive la cour de céans ne peut pas suivre le recourant lorsqu'il conteste l'évaluation de son taux d'invalidité telle qu'opérée par l'OAI (in casu 42,15%) en indiquant être uniquement en mesure d'exercer une activité adaptée à 50%, alors qu'il bénéficie en réalité d'une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 15-20% maximum dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ceci dès octobre 2006.

4. Considérant que le recourant critique l'évaluation de son degré d'invalidité tel que retenu par l'OAI, il en conteste alors implicitement le calcul.

aa) L'art. 16 LPGA dispose que 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'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'objet de l'assurance consiste par conséquent en l'incapacité pour l'assuré de réaliser un gain par l'accomplissement d'un travail exigible (art. 7 et 8 LPGA), étant précisé à cet égard que le devoir de réadaptation incombe en premier lieu à l'assuré lui-même (ATF 113 V 28 consid. 4a; TFA I 871/2005 du 31 octobre 2006, consid. 5).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle raisonnablement exigible de sa part – ce qui est le cas en l'espèce –, la jurisprudence préconise, pour la détermination du revenu d'invalide, la référence aux données statistiques, telle que celles-ci résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

bb) En l'espèce, la décision attaquée retient un revenu sans invalidité pour 2007 (année d'ouverture du droit à la rente; cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) de 74'861 francs ($[5'481 \text{ fr. } 58 \times 13] + [300 \times 12]$). Ce montant se base sur les indications fournies par le service du personnel de l'Etat.

S'agissant du revenu avec invalidité pour 2007, considérant que le recourant bénéficiait alors d'une capacité de travail résiduelle de 100% avec une diminution de rendement de 15-20% maximum, soit 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles soit pour des

activités simples et répétitives dans le secteur privé, le salaire statistique ESS 2006 de référence (tableau TA1; niveau de qualification 4) se monte à 4'732 fr. part au 13^{ème} salaire comprise. Les salaires bruts standardisés étant basés sur une durée hebdomadaire de 40 heures inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2007, p. 98, tableau B 9.2), le montant précité doit être porté à 4'933 fr. 11 ($[4'732 \text{ fr.} \times 41,7] / 40$), ce qui donne un salaire annuel 2006 de 59'197 fr. 32. Indexé à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1,6%), le revenu d'invalidé 2007 s'élève ainsi à 60'144 fr. 48 ($59'197 \text{ fr.} 32 \times 101,6 / 100$), correspondant au revenu annuel de 48'115 fr. 58 pour un taux d'activité de 80%.

Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques ESS, tel qu'en l'espèce, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'office AI. Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de

l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011).

En l'occurrence, la décision litigieuse retient un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé en raison de l'ensemble des limitations fonctionnelles somatiques affectant le recourant (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, pas de station statique debout au-delà de 10-15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 45 min. pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas de position statique assise au-delà de 40 min. sans possibilité de varier les positions assises et debout, pas d'activité en force) en sus de la diminution de rendement de 15-20% maximum. Compte tenu des circonstances, la Cour de céans est d'avis que dans le cas particulier l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation. Le taux d'abattement de 10% précité doit ainsi être retenu. Partant après déduction, le revenu d'invalidé 2007 s'élève en définitive à 43'304 fr. 02 (48'115 fr. 58 - 10%).

Après comparaison au sens de l'art. 16 LPGA entre le revenu réalisable sans invalidité (74'861 fr.) et celui d'invalidé (43'304 fr. 02), le degré d'invalidité s'élève à 42,15% ($(74'861 \text{ fr.} - 43'304 \text{ fr. } 02) / 74'861 \text{ fr.}] \times 100$), arrondi à 42% (ATF 130 V 121). On constate ainsi que ce degré d'invalidité ouvre uniquement le droit au recourant à l'allocation d'un quart de rente AI dès le 1^{er} janvier 2007 (cf. consid. 3a supra), ceci en conformité avec les termes de la décision litigieuse.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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'AI devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non assisté, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 14 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Q. _____,
- 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 :