

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juin 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par le Centre social protestant,  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 16 LPG; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 18 juillet 1945, travaillait depuis 1995 en qualité de courtier immobilier indépendant. Le 4 juillet 2007, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'un moyen auxiliaire sous forme de prothèse de jambe droite définitive et d'une canne, de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente.

Dans un rapport du 14 août 2007 adressé à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-chef du département de chirurgie à l'Hôpital intercantonal de la Broye, a posé les diagnostics d'obstruction d'un pontage fémoro-poplité proximal droit (le 24.01.2007), de status après pontage fémoro-poplité proximal prothétique pour insuffisance artérielle de stade II B du membre inférieur droit sur occlusion complète de l'artère fémorale superficielle droite et plaie surinfectée du gros orteil droit (le 11.10.2006), de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle. Il a signalé une amputation partielle du gros orteil droit par désarticulation de l'interphalangienne (le 24.01.2007), une réapparition des douleurs au niveau du pied droit, une réobstruction du pontage (lors d'un examen le 14.07.2007) et une amputation du membre inférieur droit selon Burgess (le 02.04.2007).

L'OAI s'est également adressé au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Payerne et médecin traitant de l'assuré. Le 6 septembre 2007, ce praticien a diagnostiqué une artériopathie de stade 4 du membre inférieur droit avec amputation sous géciculée selon Burgess, un syndrome métabolique avec diabète de type 2 connu depuis des années, une hypertension artérielle, une dyslipidémie et un tabagisme chronique. Il a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité de courtier depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 jusqu'à adaptation du véhicule, pour permettre une conduite sans le membre inférieur droit et une capacité de travail de 50%. Il s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles,

signalant des difficultés à la marche et un périmètre de marche maximal de 200 mètres.

Dans un rapport du 13 septembre 2007, les Drs W. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et chirurgien orthopédiste FMH de l'unité somatique du CHUV, ont notamment indiqué que l'assuré avait fait l'objet d'un pontage début octobre 2006 pour une artériopathie périphérique stade II B à droite sur oblitération complète de l'artère fémorale superficielle, avec des complications sous forme de nécroses puis une amputation de la jambe après pose d'un stimulateur épidual ayant bien amélioré la situation. Ils ont retenu une incapacité de travail de 100% depuis la première hospitalisation, le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

L'assuré a remis à l'OAI un certificat médical du 9 octobre 2007 du Dr Q. \_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 à vie, sans possibilité de reprise du travail.

Par communication du 29 octobre 2007 adressée à l'assuré, l'OAI a accepté la prise en charge des coûts d'une prothèse de jambe (tibiale) à droite, pour un montant selon devis de 6'414 fr. 70. Le 21 février 2008, il a pris en charge les coûts pour des cannes-béquilles selon prescription médicale.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un avis médical du 29 février 2008 du Dr G. \_\_\_\_\_, a proposé un complément médical afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, puis ses limitations fonctionnelles.

Une enquête économique pour les indépendants a été mise en œuvre par l'OAI. Il ressort d'un rapport du 29 février 2008 que l'assuré n'a pas tenu de comptabilité de ses activités indépendantes et qu'il n'était pas possible, en raison d'une trop faible capacité de gain, de déterminer de manière précise ses limitations avant et après son atteinte à la santé ainsi que son revenu réalisable sans atteinte à la santé dans son activité

indépendante. L'intéressé a indiqué ne pas avoir entrepris de démarches tendant à l'adaptation d'un véhicule. Pour la fixation du revenu sans invalidité, il a été proposé de se fonder sur les barèmes statistiques pour une activité sans qualifications particulières. Au vu de l'âge de l'assuré, il a été retenu que ce dernier ne disposait plus de capacités adaptatives suffisantes pour reprendre une activité lucrative adaptée autre que protégée.

Le 28 avril 2008, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient se déplaçait correctement avec sa prothèse de la jambe et qu'il attendait toujours une aide pour l'adaptation du véhicule, ajoutant que le syndrome métabolique avec diabète était bien maîtrisé. Il a retenu un pronostic de statu quo à long terme et une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> octobre 2006 jusqu'à une période "à déterminer". Il a mentionné des difficultés de déplacement, précisant qu'avec un véhicule adapté on pouvait imaginer que l'assuré pût reprendre son activité. Il a retenu que l'activité exercée était encore exigible à 100%, le rendement étant réduit compte tenu des difficultés de déplacement. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a également remis les documents suivants:

- Une lettre de sortie du 22 juin 2007 du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, attestant d'un séjour de l'assuré du 15 avril au 21 juin 2007, puis retenant que l'intéressé avait bénéficié de la confection et de l'adaptation d'une prothèse, d'un traitement de physiothérapie et de soins quotidiens. L'évolution a été lentement favorable et l'assuré a pu regagner son domicile après plus de deux mois en bon état général avec sa prothèse définitive.

- Un rapport du 16 avril 2007 du service de chirurgie cardiovasculaire du CHUV, qui fait état d'un séjour de l'assuré du 14 mars au 2 avril 2007 ainsi que d'une évolution post opératoire défavorable, l'assuré étant transféré en vue d'une amputation sous-géniculée du membre inférieur droit en raison d'un membre ischémique avec des douleurs ingérables.

- Un courrier du 21 mai 2008 du Dr W. \_\_\_\_\_ adressé à l'OAI, infirmant le diagnostic de syndrome de Restless legs.

Dans un avis médical du 17 juillet 2008, sous la plume de la Dresse O. \_\_\_\_\_, le SMR a relevé en particulier ce qui suit:

"Vu l'atteinte complexe, on peut accepter les incapacités de travail attestées, c'est-à-dire une [incapacité de travail totale] du 01.10.2006 jusqu'à fin juin 2007, date de sa sortie de l'hôpital après rééducation. Si la prothèse de la jambe D est bien adaptée, ce qui semble être le cas, parce que le médecin traitant parle d'un "déplacement correct", la reprise du travail devrait être possible à partir de juillet 2007, d'abord à 50% puis rapidement à 100%.

Il est clair que l'assuré est handicapé pour les déplacements et que sa voiture doit être adaptée à la prothèse (inversion des pédales ou manuel). En dehors de ces limitations, la capacité de travail dans son activité habituelle de courtier est entière.

Concernant les limitations fonctionnelles, il faut retenir qu'il ne peut pas travailler uniquement debout, agenouillé ou accroupi, pas se déplacer sur un terrain accidenté, gravir à répétition des échelles, escaliers et pente, il ne peut pas travailler en hauteur ou porter des charges lourdes".

Par préavis du 10 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à un reclassement et à une rente. Il a retenu que l'intéressé avait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 et qu'à l'échéance d'un délai d'une année il présentait une capacité de travail nulle dans son activité indépendante de courtier immobilier et totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se référant à l'enquête économique pour indépendants, il a considéré comme raisonnablement exigible que l'assuré reprenne une nouvelle activité adaptée. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 8'304 fr. dans l'activité indépendante et d'un salaire d'invalidité de 51'122 fr. 81 dans des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, en tenant compte d'un abattement de 15%, l'OAI a mis en évidence l'absence de préjudice économique.

Dans un rapport du 27 mars 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a signalé un syndrome d'apnée du sommeil, un syndrome des jambes sans repos et un

état d'asthénie lié au traitement antalgique, contre-indiquant la reprise d'une activité professionnelle. Il a précisé qu'il était nécessaire que son patient disposât d'un véhicule adapté "pour pouvoir envisager de tenter la reprise" de son activité et qu'il n'y avait pas de capacité de travail résiduelle faute de tentative en ce sens. Au vu de l'âge de son patient (64 ans) et de son lourd traitement, il a relevé l'impossibilité d'envisager cette reprise, même avec un véhicule adapté.

En date du 9 avril 2009, par son mandataire, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Il a notamment fait part de son incompréhension dès lors que l'OAI le considérait apte à travailler, mais sans lui offrir les moyens d'y parvenir, soit en adaptant son véhicule.

Le 28 avril 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'artériopathie stade 4 du membre inférieur droit avec amputation sous géciculée selon Burgess, de syndrome d'apnée du sommeil, de syndrome des jambes sans repos, d'asthénie d'origine multifactorielle (diabète, traitement antalgique majeur, médicaments psychotropes, artériopathie, syndrome d'apnée du sommeil), de diabète type II et d'hypertension artérielle. Il a indiqué que la reprise d'une conduite automobile était impossible au vu de la polysymptomatologie, notamment de l'asthénie et de la tendance à la somnolence diurne (en raison de l'apnée du sommeil et du traitement médicamenteux). Il a retenu un pronostic de statu quo à long terme et une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> octobre 2006 jusqu'à une période "à déterminer", ajoutant que l'activité exercée n'était "complètement" plus exigible et que, contrairement à ce qui était indiqué dans son précédent rapport, son patient était incapable de reprendre la conduite automobile.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a en outre joint, en particulier, un rapport du 15 décembre 2008 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pneumologie et médecine intensive à Payerne, relevant une fatigue diurne et une obésité de grade I faisant suspecter un syndrome d'apnées du sommeil, confirmé par une polygraphie respiratoire nocturne.

Dans un rapport du 10 juin 2009 adressé à l'OAI, le centre de moyens auxiliaires FSCMA a indiqué que le renouvellement du fût d'emboîture de la prothèse tibiale droite, correspondant aux besoins de l'assuré, lui semblait simple et adéquat. Par communication du 12 juin 2009, l'OAI a pris en charge les frais en résultant, pour un montant selon devis de 3'989 fr. 80.

Le cas a ensuite été soumis à la Dresse O.\_\_\_\_\_, qui a indiqué dans un avis médical du 10 août 2009 que le seul élément médical nouveau, soit l'apnée du sommeil, pouvait être traité par CPAP. Elle s'est écartée de l'avis du médecin traitant au sujet de la capacité de travail et a proposé d'interpeller le Dr M.\_\_\_\_\_ au sujet des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail.

Dans un rapport du 31 août 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_ a relevé que le syndrome d'apnée du sommeil, non traité, pouvait interférer avec la capacité de travail en raison de la fatigue induite ou diminuer le rendement et qu'il pouvait être corrigé par un traitement par CPAP, en l'occurrence refusé par l'assuré.

Le 13 novembre 2009, sous la plume de la Dresse O.\_\_\_\_\_, le SMR a confirmé sa position, relevant que l'apnée du sommeil, pouvant être traitée, n'était pas invalidante. Il en a fait de même dans un avis médical du 17 mars 2010 des Drs L.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, précisant que les symptômes pouvaient être corrigés par un traitement de CPAP, parfaitement exigible.

Par décision du 27 avril 2010, l'OAI a refusé le droit à un reclassement et à une rente, se référant aux mêmes motifs que ceux du préavis du 10 mars 2009.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> juin 2010 de son mandataire, F.\_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à l'annulation de la décision du 27 avril 2010 et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Au vu de sa situation

financière, il demande l'assistance judiciaire et la dispense d'une avance des frais.

Sur la base de l'enquête économique effectuée par l'OAI, il se prévaut de son âge et de ses faibles capacités adaptatives, de sorte qu'il n'est plus apte à reprendre une activité lucrative adaptée. Se référant à l'avis de son médecin traitant, il allègue que la conduite automobile lui est impossible, qu'il ne peut pas travailler en raison d'une somnolence due à ses médicaments antalgiques et qu'il présente des limitations fonctionnelles importantes. Malgré sa bonne volonté, il fait valoir qu'il ne peut surmonter ses problèmes de santé et exercer une activité lucrative.

Dans sa réponse du 7 juillet 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que la problématique médicale a fait l'objet d'un examen attentif par le SMR et que l'apnée du sommeil, qui n'a pas été le seul problème pris en compte, est sans incidence sur la capacité de travail avec un traitement de CPAP.

Par décision du 9 juillet 2010, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant avec effet au 25 juin 2010 dans la mesure des frais et débours.

Le 7 septembre puis le 21 octobre 2010, le recourant complète ses arguments et dépose les documents suivants:

- Un certificat du 18 août 2010 du Dr Q.\_\_\_\_\_, attestant d'une lente aggravation de l'état général de l'assuré avec une hospitalisation en juillet 2009 pour une bronchopneumonie et une insuffisance rénale aigue, d'une aggravation du syndrome des jambes sans repos et d'une capacité de travail nulle.

- Un certificat du 15 octobre 2010 du Dr Q.\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail totale depuis 2007, survenue dans les suites d'une amputation en dessous du genou, d'une bronchopneumonie bi-

basale avec insuffisance rénale aiguë depuis le 24 août 2009 et d'une insuffisance rénale chronique ayant aggravé l'asthénie.

- Un rapport du 6 août 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin agréé de l'Hôpital intercantonal de la Broye, mettant en évidence l'absence de dysfonction rénale et la présence d'une protéinurie résultant d'une néphroangiosclérose et/ou d'une néphropathie diabétique débutante.

- Un rapport du 7 septembre 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, dudit hôpital, attestant d'un séjour de l'assuré du 24 au 31 juillet 2009 et posant les diagnostics de bronchopneumonie bi-basale nosocomiale à germe indéterminé, de perturbation des tests hépatiques (cytolyse et cholestase) d'origine médicamenteuse, de crise tonique généralisée sans perte de connaissance et d'insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale. Un bilan radiologique récent n'a pas révélé de lésion hépatique ou de dilatation des voies biliaires.

Le 21 décembre 2010, l'OAI confirme ses conclusions. Il admet l'existence d'une incapacité de travail totale depuis juillet 2009, avec naissance du droit à la rente en juillet 2010, soit postérieurement à la décision attaquée. Il se réfère à un avis médical SMR du 10 décembre 2010 des Drs O.\_\_\_\_\_, et K.\_\_\_\_\_, relevant qu'à partir de juillet 2009 la reprise d'une activité professionnelle n'était plus exigible en raison de la bronchopneumonie et infirmant l'existence d'une incapacité de travail totale depuis 2007, le syndrome métabolique ayant alors été sous contrôle.

Dans un courrier du 24 janvier 2011, se référant notamment à l'avis de son médecin traitant et s'écartant de celui de l'OAI, le recourant soutient qu'il a droit à une rente entière depuis octobre 2007. Il demande pour quelles raisons l'OAI s'est écarté des conclusions de l'enquête économique de février 2008.

Le 18 février 2011, l'OAI confirme sa position, relevant que le rapport d'enquête économique ne peut se substituer à une évaluation

médicale ou à l'appréciation de spécialistes en réadaptation, que le recourant fait une lecture partielle de ce rapport et qu'en octobre 2007 le droit à des prestations n'était pas ouvert, l'aggravation n'étant attestée qu'à partir de juillet 2009.

En date du 16 mars 2011, le recourant reprend ses arguments puis conteste le revenu sans invalidité et le taux d'abattement de 15% du revenu d'invalidé, au vu de ses nombreuses limitations et de son âge (64 ans et 9 mois au moment de la décision attaquée).

Le 5 avril 2011, l'OAI indique que la fixation du revenu sans invalidité correspond à la situation concrète de l'assuré, qui réalisait un faible revenu depuis dix ans, et que malgré son âge la reprise d'un emploi générant un revenu identique ne paraît pas irréaliste.

A la demande du recourant, une audience a eu lieu le 16 juin 2011, lors de laquelle une tentative de conciliation a échoué. Les parties ont été entendues dans leurs explications, en particulier le recourant et sa compagne s'agissant de l'anamnèse de ses atteintes à la santé et de leurs effets au quotidien.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI, en le renvoyant à l'exercice d'une activité adaptée prétendument exigible sur le plan médical.

**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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

**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. 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 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** 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 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**3. a)** Dans le cas présent, selon les rapports médicaux versés au dossier (notamment ceux, particulièrement clairs, du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant de longue date), l'assuré a fait l'objet d'une amputation de la jambe droite en dessous du genou (effectuée le 2 avril 2007), en raison d'une artériopathie stade 4 du membre inférieur droit. Il présente également, outre les effets secondaires d'un traitement médicamenteux conséquent, notamment les atteintes de syndrome métabolique avec diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de syndrome d'apnée du sommeil, de bronchopneumonie bi-basale avec insuffisance rénale aiguë et d'insuffisance rénale chronique.

Le 6 septembre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité de courtier depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 jusqu'à adaptation du véhicule, nécessaire pour permettre une conduite sans le membre inférieur droit et une capacité de travail de 50%. Les 9 octobre 2007, 28 avril 2008 et 28 avril 2009, ce praticien a confirmé l'existence d'une incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006. Dans un rapport du 13 septembre 2007, les médecins de l'unité somatique du CHUV ont indiqué que l'assuré avait fait l'objet d'un pontage début octobre 2006 pour une artériopathie périphérique stade II B à droite sur oblitération complète de l'artère fémorale superficielle; ils ont retenu une incapacité de travail de 100% depuis la première hospitalisation, le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

Comme il l'a indiqué les 6 septembre 2007, 28 avril 2008 et 27 mars 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'a envisagé de reprise de l'activité habituelle de courtier immobilier qu'en cas d'adaptation du véhicule de l'assuré pour la conduite sans utilisation de la jambe droite, qui est amputée. Le véhicule en question n'a pas été adapté. Ce médecin a ensuite précisé, en date du 27 mars 2009, qu'il était nécessaire que son patient disposât d'un

véhicule adapté "pour pouvoir envisager de tenter la reprise" de son activité, de sorte qu'il n'y avait pas de capacité de travail résiduelle faute de tentative en ce sens. Au vu de l'âge de son patient (64 ans) et de son lourd traitement, il a enfin relevé l'impossibilité d'envisager cette reprise, même avec un véhicule adapté.

Les diagnostics et l'appréciation retenus par le Dr Q. \_\_\_\_\_ se fondent sur les avis médicaux versés au dossier, notamment les constatations des médecins du CHUV, des chirurgiens ayant opéré l'assuré et de spécialistes (notamment en médecine interne). En relation également avec les autres pièces médicales au dossier, l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse précise, des examens complets et les plaintes de l'assuré, avant de poser une appréciation médicale claire et rigoureuse puis de rendre des conclusions dûment motivées, de sorte qu'il a valeur probante.

**b)** Dès lors, on retiendra que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 dans son ancienne activité de courtier immobilier.

**4.** Il reste à déterminer quel genre d'activité le recourant pourrait concrètement exercer compte tenu de son état de santé, de ses limitations fonctionnelles et de sa situation personnelle, comme retenu par l'intimé.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus

ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.1 et la référence citée).

**b)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) notamment (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux

d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc et les références citées). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5.1; voir aussi TF 9C\_146/2010 du 30 août 2010 consid. 5 et les arrêts cités).

**c)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les

difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2; TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2 et les références citées).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2; TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2).

**5. a)** En l'espèce, une enquête économique pour les indépendants a été mise en œuvre par l'OAI. Il ressort d'un rapport du 29 février 2008 que l'assuré, au vu de son âge et de sa situation personnelle, ne disposait plus de capacités adaptatives suffisantes pour reprendre une activité lucrative adaptée autre que protégée. Il a également été retenu que l'activité indépendante de l'assuré n'était plus adaptée. Dans la décision attaquée, l'OAI a du reste admis que l'activité indépendante de courtier immobilier n'était plus exigible, mais que l'assuré conservait une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles qu'énumérées par le SMR.

Sous l'angle du caractère réaliste des possibilités de retrouver un emploi, il est établi que le recourant, né le 18 juillet 1945, était âgé de 64 ans et 9 mois au moment de la décision attaquée (datée du 27 avril 2010) et de 62 ans et 2 mois au moment hypothétique de la naissance du droit à la rente (au 1<sup>er</sup> octobre 2007), de sorte qu'il s'agit incontestablement d'un âge avancé au sens de la jurisprudence (en ce sens: TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3; TF 9C\_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5; TF 9C\_556/2009 du 27 janvier 2010 consid. 2.3; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5.2). Dans son courrier du 5 avril 2011, l'OAI n'en disconvient du reste pas mais soutient qu'au vu du revenu sans invalidité réalisé (8'304 fr.), la reprise d'un emploi générant un revenu identique ne paraissait pas irréaliste.

**b)** Si l'on se rapporte à la jurisprudence en matière de détermination du revenu sans invalidité (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 et les références citées) ainsi qu'au rapport d'enquête économique du 29 février 2008 - qui a proposé à ce sujet de s'écarter des revenus provenant de l'activité indépendante et de se fonder sur les barèmes statistiques pour une activité ne nécessitant pas de qualifications particulières - il est surprenant que le salaire sans invalidité, dans le cadre de la comparaison des revenus, ait été arrêté à seulement 8'304 francs. Quoi qu'il en soit, cette question peut rester indécise. En effet, on ne voit pas concrètement quelle pourrait être l'activité professionnelle qui soit compatible avec l'état de santé, respectivement raisonnablement exigible au regard d'atteintes pareillement lourdes du fait de leur cumul (amputation de la jambe droite, difficultés à la marche, somnolence due aux médicaments, hypertension artérielle, apnée du sommeil et insuffisance rénale chronique notamment). L'état de santé s'est du reste sensiblement aggravé en juillet 2009 en raison d'une bronchopneumonie, selon les indications du Dr Q. \_\_\_\_\_ (certificats des 18 août et 15 octobre 2010) comme du SMR (avis médical du 10 décembre 2010).

A cela s'ajoute que, si le recourant a connu un parcours professionnel varié (employé postal, éducateur, employé dans une entreprise de produits chimiques, entraîneur d'équipes de football et courtier pour [...] SA) et dispose ainsi d'expériences et de compétences, il n'a pas, depuis 1995, exercé d'autre activité lucrative que celle de courtier immobilier indépendant (rapport d'enquête économique du 29 février 2008).

Dans ces conditions, à l'échéance du délai de carence d'une année après le début de son incapacité de travail (soit au 1<sup>er</sup> octobre 2007), il convient de retenir que, sur le marché de l'emploi, il n'existe pas d'activité adaptée à laquelle le recourant puisse être concrètement renvoyé. Ceci conduit à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité, dans la mesure où plus aucune capacité de travail ne lui est imputable.

**c)** Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2007. Il appartiendra ensuite à l'OAI de calculer le montant de la rente à verser au recourant, la cause lui étant renvoyée à cet effet.

**6.** 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a toutefois pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'500 francs, compte tenu des échanges d'écritures et de la tenue d'une audience.

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 27 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que F. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2007, la cause étant renvoyée à cet office afin qu'il procède au calcul des prestations.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 francs (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Centre social protestant, à Lausanne (pour F. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Cette décision est communiquée, par courrier électronique, au Service juridique et législatif

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 :