

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Schmutz et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

T. _____, à Corsier-sur-Vevey, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assuré), né en 1949, de nationalité portugaise, a été engagé comme maçon par l'entreprise G._____ pour une durée déterminée du 11 avril au 31 octobre 2007. Le 20 août 2007, il a été victime d'un accident cérébro-vasculaire vestibulaire et cérébelleux, ayant entraîné une hospitalisation de deux jours et une incapacité de travail dans son métier de maçon, attestée par son médecin traitant, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine générale.

Le 14 mai 2008, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel, invoquant comme atteinte à la santé une attaque cérébrale.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr S._____, qui dans un rapport produit le 6 juin 2008 a retenu que l'accident du 20 août 2007 avait entraîné peu de séquelles. Il a retenu des périodes d'incapacité de travail de 100% du 20 août au 30 septembre 2007 et de 50% du 1^{er} au 31 octobre 2007, précisé que l'assuré ne pouvait pas retrouver un emploi en tant que maçon pour un taux de 25% à 50%, puis proposé d'investiguer les possibilités d'un recyclage professionnel. Il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles.

Le Dr S._____ a joint à son envoi un rapport du 24 septembre 2007 du Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, qui a retenu un bilan neuropsychologique mettant en évidence un déficit mnésique sévère antérograde en modalité verbale et un ralentissement à une épreuve d'attention sélective et soutenue, correspondant à une atteinte cognitive légère à modérée; une bonne évolution a été relevée.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un rapport du 7 juillet 2008 du Dr J._____, a retenu

l'atteinte d'AVC vestibulaire et cérébelleux. Il a signalé une incapacité de travail de 100% du 20 août au 30 septembre 2007 et de 75% dès le 1^{er} octobre 2007, ainsi qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement inférieure à 20%. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: pas d'activité sur échelles ou échafaudages, pas d'activité en position accroupie, pas d'activité de force, pas d'activité sur machines dangereuses; fatigabilité. En l'absence de séquelles neurologiques, une activité simple et répétitive était possible à plein temps; en raison de la fatigabilité, on pouvait admettre une diminution de rendement, inférieure à 20%.

L'assuré a effectué plusieurs stages d'observation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration à Genève (ci-après: EPI). A la suite d'un stage du 29 septembre au 26 octobre 2008, dans un rapport du 17 novembre 2008, le chef de secteur et le maître de réadaptation des EPI ont indiqué que l'assuré possédait les capacités et les compétences pour réintégrer le monde économique ordinaire, en l'occurrence comme ouvrier à l'établi, servant de machines ou ouvrier d'usine. La fatigabilité et les difficultés dans la communication limitaient fortement les possibilités de réussite d'une mesure de réinsertion.

A la suite d'un stage du 19 janvier au 19 juillet 2009, dans un rapport du 7 août 2009, le chef de secteur et la conseillère en insertion des EPI ont indiqué que l'assuré était apte à rejoindre le circuit économique normal à plein temps dans des activités industrielles légères de montage, assemblage et conditionnement, le poste devant privilégier la position assise avec quelques alternances. Le rythme de travail, lent, influençait les rendements de l'assuré, stabilisés à 70%.

Dans un courrier du 26 août 2009 adressé à l'OAI, le Dr S._____ a relevé que son patient pouvait exercer une activité correspondant au rapport de stage précité, à un taux maximal de 70%. Dans un certificat médical du 5 octobre 2009, ce médecin a retenu une incapacité de travail de 50% du 3 juin au 30 novembre 2009.

Le 11 novembre 2009, l'OAI a accordé à l'assuré une aide au placement, soit une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Le 31 mai 2011, l'OAI a mis fin à cette mesure.

Au plan économique, dans un document interne du 4 décembre 2008, l'OAI a indiqué un revenu sans invalidité de 67'987 fr. 40, sans autres explications.

B. Dans un préavis du 12 novembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que l'assuré, qui présentait une incapacité de travail durable depuis le 20 août 2007, pouvait - en l'absence de séquelles neurologiques - exercer à plein temps une activité simple et répétitive depuis janvier 2008, avec une baisse de rendement de 20%. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 67'987 fr. 40 dans l'ancienne activité exercée et d'un revenu d'invalidé de 41'744 fr. 84 - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, dans des activités simples et répétitives, et en tenant compte d'un abattement de 15% - l'OAI a calculé un degré d'invalidité de 38.59%.

C. Par son mandataire, l'assuré a contesté ce préavis et réclamé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Dans des certificat médicaux du 19 mars 2010 et du 29 juin 2010, le Dr S._____ a retenu des périodes d'incapacité de travail de 50% du 1^{er} décembre 2009 au 4 février 2010 et de 0% dès le 5 février 2010, respectivement de 100% du 21 mai au 30 juin 2010 et de 50% du 1^{er} juillet au 30 septembre 2010.

Dans un rapport du 14 avril 2010, le Dr S._____ a ajouté les diagnostics d'hypertension artérielle, de goutte récidivante chronique, de surcharge pondérale et de diabète. Il a également signalé une dyslipidémie, une fatigue, des acouphènes, des lombalgies et un excès pondéral. Il a indiqué que l'assuré effectuait un recyclage à partir du 4

février 2010 avec une capacité de travail de 100% dans un travail plus léger, encore à trouver.

D. Par décision du 31 mai 2011, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis, l'OAI s'est fondé sur un degré d'invalidité de 38.59%.

Dans une lettre d'accompagnement du 31 mai 2011 adressée au mandataire de l'assuré, l'OAI a indiqué que la lenteur observée lors des stages aux EPI était à mettre sur le compte de l'exécution consciencieuse et appliquée de l'assuré, de sorte qu'elle ne se fondait pas totalement sur l'aspect médical et devait être pondérée. L'OAI a également confirmé la diminution de rendement de 20%, le taux d'abattement de 15% et le revenu sans invalidité.

Par acte du 1^{er} juillet 2011, T._____ a recouru au Tribunal cantonal et conclu à la réforme de la décision du 31 mai 2011 et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 13 mai 2008.

Au plan médical, sur la base de l'avis du Dr S._____ et des rapports de stage des EPI, il soutient que sa diminution de rendement est de 30%, et non de 20% comme retenu par le SMR et par l'OAI, ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente. Il relève en outre que le rapport médical du SMR est dénué de valeur probante. Du point de vue économique, il conteste le revenu sans invalidité de 67'987 fr. 40 retenu par l'OAI, qui ne tient pas compte du droit aux vacances et au 13^{ème} salaire, et se prévaut d'un montant de 76'108 fr. 40 ou 74'229 fr. 20, ce qui lui ouvrirait également le droit à une demi-rente.

Dans sa réponse du 5 octobre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, en se référant à ses précédentes écritures.

E. Par décision du 19 octobre 2011, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant par le juge instructeur, avec effet au 1^{er} juillet

2011. Un avocat d'office lui a été désigné en la personne de Me Redondo, auteur de l'acte de recours.

E n d r o i t :

1. 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des réquisits de forme prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité est litigieux, cette prestation étant refusée au recourant dans la décision attaquée rendue par l'OAI.

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 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 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 rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les arrêts cités; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 2.2).

b) Dans le cas présent, le recourant conteste en premier lieu l'appréciation médicale faite par le SMR – sur laquelle se fonde l'OAI –, plus spécifiquement la détermination de sa capacité de travail et de rendement. Dans son rapport du SMR du 7 juillet 2008, le Dr J._____ a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement inférieure à 20%. Il a retenu qu'en l'absence de séquelles neurologiques, une activité simple et répétitive était possible à plein temps; en raison de la fatigabilité, on pouvait admettre une diminution de rendement, inférieure à 20%. Le médecin du SMR, qui n'a pas personnellement examiné l'assuré, s'est référé au rapport du 6 juin 2008 du Dr S._____, médecin traitant, et au rapport du Dr D._____, neurologue, lesquels ne se sont toutefois pas prononcés clairement au sujet de la quotité de la diminution de rendement.

Par la suite, l'assuré a effectué deux stages d'observation professionnelle aux EPI, soit du 29 septembre au 26 octobre 2008, puis du 19 janvier au 19 juillet 2009. Les conclusions de spécialistes en réhabilitation et réadaptation d'organes comme les EPI n'ont certes pas

valeur d'avis médical, mais leurs remarques – surtout si elles portent sur une observation de longue durée, ce qui est le cas en l'espèce – ne peuvent pas être simplement ignorées. Or, dans un rapport du 7 août 2009, les responsables des EPI ont indiqué que l'assuré, en raison d'un rythme de travail lent, avait un rendement stabilisé à 70%. Le Dr S._____ a pour sa part retenu, dans un courrier du 26 août 2009, que son patient pouvait exercer une activité correspondant au rapport de stage précité, à un taux maximal de 70%.

En présence des rapports de stage des EPI et du courrier du 26 août 2009 du Dr S._____, à même de mettre en cause l'avis du SMR, l'OAI aurait dû requérir un nouvel avis médical circonstancié pour déterminer l'étendue de la capacité de travail et de rendement de l'assuré. Il ne l'a pas fait et s'est borné à indiquer, dans un courrier du 31 mai 2011, que la lenteur observée lors des stages aux EPI était à mettre sur le compte de l'exécution consciencieuse et appliquée de l'assuré, de sorte qu'elle ne se fondait pas totalement sur l'aspect médical et devait être pondérée. Cette explication – qui au demeurant n'émane pas d'un médecin – diverge d'une part de l'avis exprimé par le Dr S._____ dans le courrier précité et d'autre part des constatations faites lors des stages aux EPI.

En même temps, l'avis du Dr S._____, bien que corroboré par les rapports de stages des EPI, ne permet pas de déterminer de façon circonstanciée la capacité de travail et de rendement de l'assuré dans une activité adaptée. Les rapports rendus par ce praticien – dont l'avis, en tant que médecin traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage – sont du reste peu motivés et divergent des conclusions du médecin du SMR. Enfin, le Dr D._____ ne se prononce pas au sujet de la capacité de travail et de rendement.

En l'état actuel du dossier, il subsiste donc des incertitudes quant aux conséquences des atteintes à la santé dont souffre le recourant sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé est

manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Lorsqu'un complément d'instruction est nécessaire, un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 et les références citées). En l'occurrence, sans remettre en question la valeur probante des avis médicaux sollicités en cours d'instruction, il demeure que les lacunes dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement suffisant de la part de l'OAI. Puisqu'il s'agit de compléter les constatations médicales, un renvoi de l'affaire à l'OAI est possible.

La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire, afin de préciser les troubles que présente l'assuré ainsi que sa capacité de travail et de rendement dans son ancienne activité et dans une activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel à la rente d'invalidité.

Sur le plan économique, l'OAI devra prendre position sur les arguments du recourant au sujet du revenu sans invalidité. A ce sujet, les explications figurant dans la décision attaquée paraissent peu claires à propos de la prise en compte ou non du 13^{ème} salaire et du droit aux vacances, sur la base de la convention collective de travail applicable aux entreprises de construction. Du reste, l'OAI n'a pas examiné les griefs formés sur ce point par l'assuré dans ses objections à l'encontre du préavis du 12 novembre 2009.

c) Partant, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, au sens des considérants.

3. Les frais de procédure sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (Arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7 et les références citées). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 31 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'700 fr. (mille sept 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 :

- Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey (pour T. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, 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 :