

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 décembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à Villeneuve, recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 43 LPGA; art. 4 et 28 LAI; art. 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 27 mai 2009. Il exerçait la profession de peintre en bâtiment dans l'entreprise J._____ à P._____. Selon le questionnaire signé par cet employeur le 17 juillet 2009, l'assuré a travaillé dans l'entreprise du 1^{er} mai 2007 au 31 octobre 2008. Il a été licencié pour cause de restructuration. Son salaire annuel depuis le 1^{er} mai 2007 s'est élevé à 69'048 fr. L'assuré a également travaillé dans l'entreprise T._____ du 3 novembre 2008 au 30 avril 2009 pour un salaire horaire de 29 fr. auxquels s'ajoutaient 10.64% d'indemnités de vacances et 8.33% de 13^e salaire. Le nombre d'heures par semaine était de 42 heures 30.

Dans un rapport de juillet 2009, la Dresse N._____, médecin généraliste, a diagnostiqué des hernies discales lombaires à quatre niveaux différents ainsi qu'une hépatite C. Elle a mentionné que le patient était suivi par le Dr V._____ (spécialiste en radiologie et neuroradiologie) depuis juin 2009. Elle a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs lombaires avec irradiation dans les deux jambes et de fatigue, le pronostic étant mauvais. Elle a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de peintre dès le 23 avril 2009. Elle a estimé des mesures de réadaptation professionnelle possibles. Comme limitations fonctionnelles, elle a mentionné que l'assuré ne pouvait exercer d'activités principalement en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, ni monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers, soulever et porter près/loin du corps. Elle a estimé aussi la résistance limitée à cause du syndrome de fatigue. Cela étant, elle était d'avis qu'il faudrait une augmentation progressive de la capacité de travail et une place de travail au calme.

Dans un rapport du 21 janvier 2009 consécutif à des radiographies du thorax, la Dresse A._____, radiologue, a conclu à une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) importante et à des

séquelles de Scheueurmann en L1. Le 18 mai 2009, le Dr E._____, radiologue, a conclu à un aspect cunéiforme de L1 et L2, avec hernie intraspongieuse au niveau des plateaux supérieurs correspondant vraisemblablement à d'anciens tassements vertébraux, et à des hernies discales étagées, la plus volumineuse étant située en L5-S1, prédominant à gauche. Le 22 juin 2009, le Dr V._____ a mentionné avoir pratiqué des infiltrations foraminales L4-L5 droite et L5-S1 gauche le 16 juin 2009. Le 8 septembre 2009, les Drs V._____ et E._____ ont conclu à des signes de sinusite maxillaire et frontale avec une composante mycotique possible en raison des calcifications dans le sinus frontal gauche. Le 11 septembre 2009, ces praticiens ont effectué une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et cervicale. En conclusion, ils ont mentionné ce qui suit : *«très rare lésion de type anoxique d'origine le plus vraisemblablement vasculaire située dans la substance blanche péri-ventriculaire. Pas d'autre anomalie présente»*. Les Drs V._____ et E._____ ont conclu après l'IRM cervicale comme il suit :

“C3-C4 présences d'un osthéophyte au contact de la racine C4 droite.
C5-C6 hernie discale médiane.
Petite hernie discale médiane.
C5-C6 débord discal médian paramédian gauche au contact de la racine C6 gauche.
C6-C7 pas de signe de compression radriculaire.”

Le 24 septembre 2009, le Dr F._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a demandé à la Dresse N._____ de décrire les plaintes et d'exposer ses constatations quant aux atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'indiquer le traitement de l'hépatite C, de préciser les limitations fonctionnelles découlant de ces atteintes à la santé, et de spécifier le traitement actuel.

Le 30 octobre 2009, la Dresse N._____ a répondu au Dr F._____ ce qui suit :

"1) Plaintes :

- Névralgies, paresthésies des deux jambes ainsi que des deux bras; douleurs dans la région cervicale et lombaire.

Diagnostic :

- Hernies discales étagées (C5-C6, L5-S1)
- Syndrome de fatigue chronique
- Hépatite C

Approximativement de 50 % sur la capacité de travail.

2) L'hépatite C a été traitée à l'Interféron en Italie; pas de dysfonction hépatique pour l'instant.

3)

- Tout travail physiquement lourd
- Se pencher
- Travailler avec le bras au-dessus de la tête
- Être accroupi
- Être à genoux
- Monter sur une échelle ou un échafaudage
- Soulever du poids

4) Traitement actuel : Physiothérapie, AINS"

Dans un avis médical SMR du 16 mars 2010, le Dr F. _____ a mentionné que l'assuré souffrait de lombalgies; il avait été admis que cette atteinte revêtait un caractère invalidant pour l'activité d'aide-peintre, ouvrant le droit à des mesures professionnelles. Ce médecin a relevé en outre qu'au terme du délai de carence, la situation ne semblait pas avoir changé et que l'assuré était d'accord d'entrer en matière sur un stage prévu à l'atelier d'intégration professionnelle (AIP) du centre Orif à U. _____ dès avril pendant trois mois. Le Dr F. _____ a ajouté que malgré l'absence de renseignements médicaux récents, il fallait aller de l'avant, sur la base d'une exigibilité de 100%, en respectant les limitations fonctionnelles habituelles pour le dos. Il a observé en outre qu'en cas de problème en cours de stage, il faudrait lui montrer le dossier et interroger le médecin traitant.

Par décision du 1^{er} avril 2010, l'OAI a octroyé des mesures professionnelles à l'assuré.

Un stage a été organisé au centre Orif d'U. _____ du 3 mai au 29 août 2010.

Dans un rapport médical du 13 avril 2010, la Dresse N. _____ a mentionné comme antécédents médicaux une hépatite C. Sous la rubrique examen physique concernant l'appareil respiratoire, elle a signalé : «*sans pathologie*». En ce qui concerne l'examen de l'appareil locomoteur, elle s'est référée à son rapport du 30 octobre 2009. Elle a fait état de douleurs lombaires, d'une irradiation dans les deux jambes, d'une dépression et de névralgies atypiques. Elle a retenu que l'assuré ne pouvait pas exercer sa dernière activité à temps plein mais qu'un travail adapté était possible à temps plein.

Elle a joint à ce rapport ceux des Drs V. _____ et E. _____ évoqués ci-dessus, ainsi que les rapports des 20 octobre et 14 décembre 2009 du Prof. R. _____, neurologue. Dans son premier rapport, ce praticien a mentionné que l'examen neurologique complet actuel était tout à fait satisfaisant si l'on tenait compte des discopathies cervicales et lombaires. Concernant les névralgies intermittentes de la face, il a indiqué qu'elles étaient extrêmement épisodiques, modérées, et qu'il n'y avait pas d'argument pour une névralgie symptomatique de la 2^e ou 3^e branche des trijumeaux. Dans le second rapport, ce praticien a évoqué un éventuel état dépressif et a exposé qu'en ce qui concernait les névralgies, l'assuré avait eu des crises dix-sept fois en octobre, huit fois en novembre et trois fois en décembre. Il a précisé que le patient faisait actuellement un travail à temps partiel dans la conciergerie d'une école mais que ce travail paraissait un petit peu inadéquat puisque l'intéressé passait sans arrêt l'aspirateur dans les différentes classes et devait se pencher pour aller sous les tables. Il a ajouté ce qui suit :

“La situation reste pour le moment assez précaire. Concernant ses névralgies un peu atypiques de la face, peut-être sur arthrose cervicale avec phénomènes de projection. Il a également des douleurs par intermittence sur le trajet du nerf sus-scapulaire à droite. L'hypoesthésie sous Lyrica avait régressé au pied droit.”

Il résulte d'un courriel du 30 juin 2010 du centre Orif d'U. _____ que l'assuré a effectué les modules de conciergerie, PAIL, soudure et électricité, et que durant toute cette période, il a eu des douleurs persistantes. Son médecin traitant, la Dresse N. _____, lui a

conseillé un chirurgien, le Dr I. _____ au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L. _____), pour voir si une opération pourrait le soulager, une IRM ayant été effectuée le 25 juin 2010 et l'assuré ayant un rendez-vous au Centre hospitalier L. _____ le 13 août suivant.

Dans un rapport du 30 août 2010, le centre Orif a mentionné ce qui suit :

“Démarches réalisées et commentaires

En proie à des fourmillements dans ses bras et une sensation d'insensibilité dans ses jambes, M. Z. _____ a subi des infiltrations qui sont restées sans effet. La Dresse N. _____ a organisé un rendez-vous avec le Dr. I. _____, le 13 août 2010 au Centre hospitalier L. _____, afin d'envisager des investigations plus poussées et déterminer si une intervention chirurgicale serait nécessaire. Selon votre assuré, le Dr. I. _____ attend encore un rapport de la Dresse N. _____ et, pour l'instant, une opération n'est pas envisagée tant que M. Z. _____ peut encore marcher. Il effectue actuellement 10 séances de physiothérapie; cependant, dans les conditions physiques actuelles de votre assuré, il est difficile d'entrevoir une orientation. La question médicale reste à éclaircir avec les médecins. M. Z. _____ nous a tout de même transmis des propositions liées à la conciergerie, la mécanique et la logistique.

Malgré ses maux, la présence de votre assuré est régulière et il s'investit dans les tâches à réaliser. Votre assuré doit encore apprendre à gérer ses douleurs. Nous relevons son sérieux et son implication dans sa réadaptation professionnelle.

Parallèlement, diverses démarches administratives ont été réalisées en soutien à ses demandes.

[...]

6. Conclusion et proposition

M. Z. _____ a pu tester les différents postes de travail suivants : conciergerie, PAIL, soudure à l'étain et électricité. Il a également pu s'initier à quelques programmes informatiques afin d'effectuer des recherches d'ordre professionnel. Lors de la réalisation de ces modules, nous avons pu observer une bonne assiduité ainsi qu'un désir de bien faire. Le travail devait être simple et répétitif. Une fois les consignes de base assimilées, M. Z. _____ a pu oeuvrer généralement de manière autonome.

Votre assuré ne s'est pas senti à l'aise dans les activités demandant de la logique et de la réflexion. Il a peiné à interpréter et retenir les consignes demandant un effort cognitif. Ces difficultés ont fortement ralenti sa vitesse d'exécution et préterité son rendement. Durant

son stage, il a entretenu de bonnes relations avec ses pairs et l'ensemble des collaborateurs.

Afin de répondre aux exigences des modules, M. Z._____ a mis tout en oeuvre pour terminer son travail au dépend de ses douleurs. Ces efforts ont entraînés des cervicalgies, de l'insensibilité, surtout au niveau de son MID. La position statique de longue durée, qu'elle soit debout ou assise, ne lui convient pas du tout, car elle engendre des douleurs dorsales ainsi que de l'insensibilité au niveau de sa jambe droite. Votre assuré s'est régulièrement levé pour se dégoûter les jambes.

Envisager une orientation professionnelle fut très difficile avant d'avoir l'information de son chirurgien concernant une éventuelle intervention chirurgicale. Malgré son souci constant au sujet de son état de santé, M. Z._____ est resté motivé tout au long de son séjour à l'AIP. Et de ce fait, nous avons pu mettre sur pied un stage en mécanique générale et un stage en mécanique automobile, choix que votre assuré a retenu lors de ses nombreuses recherches en vue de son orientation professionnelle.

M. G._____, patron de l'entreprise G._____ à B._____, nous a transmis un feed-back positif sur la motivation de M. Z._____, mais nous devons constater que du point de vue physique, il rencontre de grandes difficultés, étant donné que le travail de mécanicien (mécanique générale ou automobile) s'effectue généralement en position debout sur la journée complète.

Tenant compte de ce constat, M. G._____ nous propose, vu l'intérêt de M. Z._____ pour la mécanique, de l'orienter vers des entreprises de mécanique légère type: K._____ à M._____ ou D._____ à B._____ ou encore Q._____ à X._____."

Le 1^{er} novembre 2010, l'OAI a adressé à la Dresse N._____ un questionnaire où il mentionnait qu'il était apparu lors du stage d'observation professionnelle que l'assuré était fortement limité dans sa capacité physique en raison de son problème vertébral et que par ailleurs il avait appris que ce dernier semblait présenter un problème de poumons. Il a dès lors demandé quelle était l'évolution de l'affection du dos. A cette question, la Dresse N._____ a répondu : «*stationnaire, se plaint toujours de douleurs dos + hypoesthésies jambe droite*». Elle a mentionné par ailleurs que l'état actuel était inchangé et que l'assuré était traité par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Elle a observé en outre que l'assuré souffrait d'une BPCO importante et qu'il se plaignait de dyspnée aiguë au port de la ceinture de sécurité. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a indiquée des douleurs des deux membres inférieurs après 200 à 300 mètres, une éventuelle claudication neurogène, et, de surcroît, des «*limitations pour travail : -sans changement de position -accroupi -sans*

soulever et porter» Dans une activité respectant ces limitations, elle a retenu une capacité de travail de 100%.

Dans un rapport SMR du 22 novembre 2010, le Dr F. _____ a mentionné que le stage d'orientation avait été accompli avec une présence de 94%, que l'assuré s'était bien impliqué, ayant montré un potentiel intéressant compatible avec une activité mécanique légère telle qu'elle existait dans la région. Il a ajouté que le médecin traitant confirmait les limitations fonctionnelles et la capacité de travail totale dans une activité adaptée, la BPCO n'entraînant pas de limitations fonctionnelles supplémentaires.

Dans son rapport final du 7 décembre 2010, l'OAI a exposé qu'au cours de son stage au centre Orif d'U. _____, l'assuré avait su faire preuve d'adaptation et avait effectué dans l'ensemble un travail de bonne qualité, se révélant autonome dans l'exercice d'activités simples. Il a indiqué qu'étant assidu et impliqué dans la démarche, l'assuré s'était montré à l'aise dans les tâches manuelles, mais que ses douleurs avaient nécessité de nombreuses pauses durant la journée, ce qui avait péjoré son rendement. Il ressortait par ailleurs de ce rapport que l'assuré avait besoin de pouvoir alterner la position assis-debout. En outre, compte tenu de son niveau de compréhension du français et de ses faibles connaissances scolaires, il apparaissait qu'une formation n'était pas envisageable et que la prolongation de mesures d'ordre professionnel n'amènerait vraisemblablement pas une amélioration de sa capacité de gain. Cela étant, le travail devrait être léger, simple et répétitif, par exemple dans des entreprises faisant de la mécanique légère.

Par communication du 17 mai 2011, l'OAI a accordé à l'assuré une aide au placement.

Par projet de décision du même jour, l'office a rejeté la demande de prestations AI de l'intéressé en l'informant de la possibilité de faire part de ses objections dans un délai de 30 jours.

Le 27 mai 2011, l'assuré a écrit que son état de santé s'aggravait et ne lui permettait pas de trouver un emploi tenant compte de ses limitations fonctionnelles à plus de 50%. Il a demandé la reconnaissance d'*«au moins 50% de rente dans le domaine [qu'il] a[vait] toujours pratiqué»*, à savoir la peinture. Il a en outre déclaré ne pas comprendre qu'avec cinq hernies discales, cela ne soit pas justifié.

Le 7 juin 2011, l'OAI a répondu à l'intéressé que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée et qu'il devait mettre tout en oeuvre pour réduire son dommage, y compris envisager un reclassement ou un changement d'activité dès lors qu'il ne pouvait plus exercer sa profession habituelle pour des raisons de santé. L'office a ajouté que le préjudice découlant de cette situation, à savoir environ 25%, n'ouvrait pas le droit à des prestations financières de l'AI, raison pour laquelle une aide au placement avait été octroyée à l'assuré. L'OAI a enfin indiqué que dès lors que l'intéressé avait signalé être au bénéfice d'une mesure sous l'égide de l'Office régional de placement pour plusieurs mois depuis juin 2011, il lui incombait de faire valoir son droit au placement à l'issue de ladite mesure.

Par décision du 27 juin 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations, mentionnant notamment ce qui suit :

“Résultat de nos constatations :

Par votre demande du 28 mai 2009, vous avez sollicité des prestations de l'assurance invalidité.

En raison de vos douleurs dorsales, vous avez résilié votre contrat de travail fin avril 2009 et interrompu votre activité de peintre en bâtiment non qualifié. Des investigations médicales entreprises, il ressort que vos limitations fonctionnelles - découlant principalement de vos lombalgies et cervicalgies - contre[-]indiquent largement votre ancienne activité.

Toutefois, dans une activité adaptée, une capacité de travail entière vous est reconnue, au plus tard dès avril 2010.

Comme vous n'avez pas repris d'activité, nous avons évalué votre préjudice par une approche théorique des revenus : nous avons comparé le salaire auquel vous auriez pu prétendre en 2010 en qualité de peintre en bâtiment (quand bien même vous n'avez pas de CFC), avec le salaire de référence auquel peuvent prétendre les

hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

Le préjudice qui découle de ce calcul est de l'ordre de 25%. Après examen de votre situation, et selon nos observations, il n'est pas évident qu'une formation (reste à savoir laquelle) vous soit accessible, tout en étant simple et adéquate.

De manière à vous permettre de recouvrer votre capacité de gain, nous avons cautionné une mesure d'évaluation et l'octroi de mesures professionnelles : notre service Réadaptation a donc mis en place un stage de préformation en [c]entre y compris stage pratique en entreprise, avec versement d'indemnités journalières AI.

Le stage a permis de définir de nouvelles cibles professionnelles, car vous avez montré non seulement de l'intérêt, mais des aptitudes pour les activités de mécanique légère. Ce type d'activité est adapté à votre problématique de santé et ne nécessite pas de formation particulière, hormis la pratique.

Vous avez déjà entrepris les démarches auprès de l'Office régional de placement (ORP) de votre région et nous vous proposons par communication annexée le soutien de notre service de Placement, afin de vous aider à réintégrer le monde de l'économie."

Le 27 juin 2011, DAS Protection Juridique SA a écrit à l'OAI pour l'informer qu'elle représentait l'assuré - une procuration allant être adressée à l'office - et lui a demandé de lui communiquer le dossier et de prolonger le délai pour formuler des objections à l'encontre du projet de décision.

La procuration a été adressée le 29 juin 2011 à l'OAI.

Le 1^{er} juillet 2011, l'OAI a communiqué son dossier au représentant de l'assuré. Le 5 juillet suivant, ledit conseil a demandé à l'office d'annuler sa décision du 27 juin 2011 afin de lui permettre de faire valoir des objections complémentaires, ce que l'OAI a refusé le 8 juillet 2011 en mentionnant que le délai d'audition était échu depuis 40 jours.

Le 19 juillet 2011, la Dresse N. _____ a adressé à l'OAI un certificat médical dont la teneur est la suivante :

"L'évolution de l'état de santé de M. Z. _____ s'est péjoré[e] rapidement et le pronostic reste réservé. Le patient est pour le moment en stage de réévaluation du travail chez [...] à U. _____, et

même avec un travail « adapté » il ne peut faire face aux exigences demandées. Du point de vue médical après un essai – car le patient se montrait jusqu'à présent très ouvert à une reprise de travail – il est impossible de réencadrer M. Z. _____ sur le marché du travail.

Par la présente, je confirme que l'incapacité de travail est de 100 % pour une durée indéterminée, dans tous les domaines d'activité, car il est vraiment compréhensible qu'avec une hépatite C, de multiples hernies discales ainsi qu'une très rare lésion de type anoxique vasculaire cérébrale et un état dépressif, le patient susnommé n'est plus apte à travailler.

Je rectifie ainsi mon certificat envoyé à l'office AI à la question : **Quelle est votre estimation de la capacité de travail dans une activité qui respecte ces limitations?** Réponse : 0%."

B. Par acte du 29 août 2011, Z. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée la cause étant renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière dès l'ouverture de son droit. En substance, le recourant soutient que l'OAI ne pouvait se fonder sans autre instruction sur le rapport établi par la Dresse N. _____ le 1^{er} novembre 2010, compte tenu des observations faites lors du stage au centre Orif, dont il ressortait qu'il avait fait preuve de beaucoup de bonne volonté mais que dans ses conditions physiques actuelles il était difficile d'entrevoir une orientation. L'intéressé reproche aussi à l'OAI de ne pas avoir réinterpellé la Dresse N. _____ suite aux objections qu'il a formulées le 27 mai 2011. Il invoque en outre la violation du principe de la bonne foi, dès lors que, d'une part, l'office intimé ne s'est pas déterminé sur les arguments invoqués dans ses objections du 27 mai 2011, et que, d'autre part, l'OAI a notifié la décision du 27 juin 2011 le 28 juin suivant tout en ayant connaissance de ce qu'un mandat de représentation avait été constitué dans le cadre de la présente affaire. L'assuré se prévaut par ailleurs d'une violation du droit d'être entendu. Il se plaint enfin d'un manque d'information de la part de l'OAI, dès lors que son préjudice économique de 25% ne lui permet pas seulement de prétendre à l'aide au placement mais également à des mesures professionnelles.

Par réponse du 17 octobre 2011, l'OAI, s'agissant de la violation du droit d'être entendu, soutient que si tel est le cas, la possibilité de recourir à une instance judiciaire ayant plein pouvoir de

cognition permet de réparer le vice. En ce qui concerne l'instruction médicale du dossier, il mentionne que la décision repose en effet sur l'avis du médecin traitant, que cette dernière revient sur ses déclarations et qu'elle indique à présent que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité. Il estime dès lors que l'instruction médicale doit être complétée. Il ajoute que les lacunes de cette instruction ne peuvent toutefois pas lui être imputées, dès lors que contrairement à l'art. 43 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), il a recueilli les renseignements dont il avait besoin, en l'occurrence l'avis du médecin traitant, et que celui-ci ayant été jugé satisfaisant, il n'avait pas estimé nécessaire de mettre en oeuvre de plus amples mesures d'instruction. Il préavise dès lors pour la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire.

Par réplique du 10 novembre 2011, le recourant ne s'oppose pas à une expertise judiciaire mais relève que contrairement à ce que l'intimé affirme, personne d'autre que lui ne dispose d'un devoir d'instruction et qu'en conséquence, un manquement à ce devoir ne saurait être imputé à un tiers quel qu'il soit. Il ajoute que l'avis de la Dresse N. _____ était fondamentalement en désaccord avec les constats des autres intervenants et que la situation médicale n'était donc pas devenue incertaine à cause du dernier rapport de cette praticienne. S'agissant du droit d'être entendu, il admet que le vice peut être réparé lors de la procédure auprès du Tribunal cantonal, mais met en doute l'opportunité de la part de l'OAI de se reposer sur la procédure pouvant être engagée auprès du Tribunal cantonal alors qu'il a le devoir de respecter le droit d'être entendu.

Dans sa duplique du 24 novembre 2011, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA 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, compte tenu des fériés judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités 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^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). 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 (art. 16 LPGA).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

c) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 11 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf.

ATF 137 V 210; 122 V 163 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire ne s'impose que 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).

3. En l'espèce, la Dresse N._____, dans un rapport établi en juillet 2009, diagnostique des hernies discales lombaires à quatre niveaux différents ainsi qu'une hépatite C. Elle ajoute que l'assuré souffre de douleurs lombaires avec irradiation dans les deux jambes et de fatigue, le pronostic étant mauvais. Elle estime l'incapacité de travail totale dans l'activité de peintre. Dans son rapport du 30 octobre 2009, elle fait état de névralgies, de paresthésies des deux jambes ainsi que des deux bras, et de douleurs dans la région cervicale et lombaire. Elle diagnostique des hernies discales étagées, un syndrome de fatigue chronique et une hépatite C. Elle estime la capacité de travail à 50%. A cette date, elle avait connaissance du rapport de la Dresse A._____ établi le 21 janvier 2009, qui mentionne une BPCO importante et des séquelles de Scheueurmann. Elle avait également connaissance du rapport des Drs V._____ et E._____ du 11 septembre 2009 mentionnant de très rares lésions type

anoxique d'origine le plus vraisemblablement vasculaire situées dans la substance blanche périventriculaire. Elle ne mentionne toutefois pas ces diagnostics dans son rapport du 30 octobre 2009. En outre, dans un rapport médical du 13 avril 2010, sous la rubrique examen physique concernant l'appareil respiratoire elle signale qu'il n'y a pas de pathologie. S'agissant de l'examen de l'appareil locomoteur, elle se réfère à son rapport du 30 octobre 2009 mais mentionne que l'assuré peut travailler à temps plein dans une activité adaptée, son incapacité de travail étant totale dans son ancienne profession. Enfin, le 1^{er} novembre 2010, elle indique une BPCO, et observe que l'état de santé du recourant est stationnaire et que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

Aucun des rapports précités ne comporte de conclusions motivées. Ils sont lacunaires et contradictoires. Il est impossible de savoir sur quels éléments la Dresse N. _____ s'est fondée pour apprécier la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. L'OAI ne pouvait donc fonder sa décision sur le dernier rapport de la Dresse N. _____. Il le pouvait d'autant moins à la lecture des courriel et rapport du centre Orif, constatant que le recourant s'est investi dans les tâches à réaliser, qu'il s'est montré sérieux et impliqué dans sa réadaptation professionnelle, mais qu'il a eu des douleurs persistantes, qu'il effectuait des séances de physiothérapie et surtout que dans les conditions physiques actuelles, il était difficile d'entrevoir une orientation, la question médicale restant à éclaircir. L'instruction conduite par l'OAI a ainsi été des plus sommaire.

Quant au rapport médical établi le 19 juillet 2011 par la Dresse N. _____, il ne fait que confirmer ce qui précède. En effet, cette praticienne mentionne cette fois une incapacité de travail totale fondée sur les diagnostics d'hépatite C, de multiples hernies discales, de lésion de type anoxique vasculaire cérébrale et d'état dépressif (également évoqué par le Prof. R. _____ [cf. rapport du 14 décembre 2010 p. 1]) sans autre motivation, en indiquant que cette nouvelle appréciation remplace celle indiquée dans son rapport médical de novembre 2010.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer et il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, compte tenu des divers diagnostics posés.

4. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'examiner les autres moyens soulevés par le recourant.

5. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) Vu l'issue du litige, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une protection juridique, la recourante a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPG), arrêtés à 2'500 fr. et mis à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 27 juin 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :