

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2013

Présidence de M. NEU
Juges : MM Monod et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

J. _____, à Renens, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 43 al. 1 LPGA; art. 4, 57 al. let. f et 59 al. 2 bis LAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, est titulaire d'un CFC de monteur sanitaire. Il a travaillé pour diverses entreprises et y a rencontré quelques difficultés relationnelles. Il a finalement travaillé pour l'entreprise M. _____ AG, en tant que vendeur et conseiller technique. Il a démissionné en 2009 et bénéficié du revenu d'insertion. Il a déposé, avec l'appui de son médecin traitant, le Dr Z. _____, psychiatre, une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 27 janvier 2011, en raison de maladie ("état de procrastination et problème avec l'autorité").

L'OAI a rencontré l'assuré le 5 mai 2011 pour un entretien d'évaluation. Il en est ressorti que ce dernier se disputait régulièrement avec son entourage, avait de la difficulté à s'endormir et subissait des changements significatifs d'humeur d'un jour à l'autre. L'assuré a informé l'OAI avoir eu des problèmes de concentration et envers l'autorité dès la scolarité, avoir eu à plusieurs reprises des démêlés avec la justice et être suivi par le Dr Z. _____, à raison d'une fois par semaine. Il a exprimé le souhait d'entreprendre une reconversion professionnelle dans un domaine artistique (dessin). L'OAI a estimé que la profession de base de l'assuré n'apparaissait pas contre-indiquée et lui a proposé d'effectuer un bilan de compétences. Il a relevé que l'assuré avait besoin d'un emploi où il était indépendant, afin d'éviter les problèmes relationnels.

Lors d'un entretien téléphonique du 8 juin 2011, l'assuré a confirmé son souhait d'entreprendre une nouvelle formation, n'ayant jamais aimé, ni exercé son métier. L'OAI l'a informé du fait qu'il n'aurait a priori pas droit à des mesures d'ordre professionnel, mais à une aide pour trouver un contexte professionnel adapté. Interrogé par l'OAI le même jour, le Dr Z. _____ a indiqué n'avoir vu l'assuré que 5x (à partir du 31 mars 2011) et avoir de la difficulté à poser un diagnostic.

Le Dr Z._____ a rendu un rapport médical le 17 juin 2011. Il y a relevé une incapacité de travail liée à un état anxio-dépressif (CIM F41 2), présent depuis 2008, et à des crises de violence. Il a indiqué que l'assuré devait éviter des métiers stressant aux horaires surchargés et que l'activité d'installateur sanitaire n'était plus exigible, mais que l'assuré aurait une capacité de travail de 100 % dans un domaine qui l'intéresse et un environnement calme. Il n'a pas relevé de limitations fonctionnelles physiques, mais une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et une résistance limitées.

Dans un rapport du 26 juillet 2011, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), n'a retenu aucune atteinte à la santé incapacitante de l'assuré. Il a estimé que l'état anxio-dépressif et les crises de violence n'étaient pas du ressort de l'AI et que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle d'installateur sanitaire.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 28 juillet 2011 avec Mme B._____, assistante sociale de l'assuré, l'OAI a indiqué que : "[...] d'après les éléments actuels, il semble que s'il y a un problème de santé invalidant au sens de l'AI, il risque d'être présent quelle que soit l'activité." Mme B._____, du même avis, a suggéré qu'une expertise pouvait être indiquée.

B. Le 2 août 2011, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de toute prestation de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), retenant les éléments suivant :

"Au bénéfice d'un CFC de monteur sanitaire, vous avez travaillé de mars 2008 à septembre 2009, en qualité de conseiller technique/vendeur auprès de la société M._____ AG. Depuis lors, vous êtes au bénéfice de prestations RI. Sur la base des éléments médicaux contenus au dossier, vous ne présentez pas une atteinte à la santé ayant le caractère invalidant au sens de l'AI, de sorte que votre capacité de travail est de 100 % dans toute activité lucrative ainsi que dans celle d'installateur sanitaire.

Au vu de ce qui précède, le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente doit être nié."

J._____ a fait opposition au projet précité le 30 août 2011, invoquant ce qui suit :

"[...] Je souhaiterais faire objection, étant donné que je n'ai jamais eu droit à une analyse complète des médecins régionaux de votre service. De plus, vous-même, ne m'avez jamais rencontré pour un entretien, et c'est sur la base d'un simple dossier que vous m'avez déclaré apte à exercer la profession de monteur-sanitaire. Si cela était aussi facile, je l'exercerais et n'aurait pas été indigent depuis deux ans. Mais malheureusement, à ma connaissance, aucun patron n'engage un ouvrier qui met env. 4 heures pour installer un simple lavabo. De même, aucune entreprise n'engage une personne qui oublie la moitié des choses. En gros je ne suis plus assez rentable pour ce magnifique système capitaliste.

Certes, je n'ai pas les mots techniques pour qualifier mes problèmes de concentration, mes nombreux oublis, mes fatigues chroniques, etc... mais je comptais au moins sur vos médecins pour faire un bilan précis (physique et psychique). Et comptais également sur la réinsertion professionnelle pour recommencer une vie « active », afin de me sentir un peu moins exclu de cette société qui me tient à cœur."

Par courrier du 31 août 2011, le Dr Z._____ a fait part à l'OAI de son étonnement quant au fait que le projet de décision du 2 août 2011 n'avait pas été signé et que J._____ n'avait pas été rencontré par la personne en charge d'examiner la demande de réadaptation. Il s'est ainsi joint à l'opposition de l'assuré et a demandé à ce qu'une évaluation professionnelle et un plan de réinsertion soient effectués dans des délais acceptables.

L'OAI a rendu une décision formelle le 28 octobre 2011, identique à son projet du 2 août 2011. Il a ajouté, dans une lettre annexée à la décision, que pour pouvoir constater l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, il s'était fondé sur les renseignements médicaux fournis par le Dr Z._____ le 17 juin 2011 - qui avaient été demandés suite à l'entretien d'évaluation du 5 mai 2011 - et l'analyse du SMR du 26 juillet 2011.

C. Par acte du 8 novembre 2011, J._____ a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il fait valoir en substance que la seule personne qu'il a rencontrée à l'OAI n'est pas celle qui a rendu la décision et que son opposition a été rejetée par une

personne de l'administration, non compétente. Il demande une évaluation complète de son état physique et psychique, par des médecins compétents de l'OAI.

Dans sa réponse du 9 février 2012, l'OAI a confirmé sa décision du 28 octobre 2011 et conclu au rejet du recours.

Par décision du 11 janvier 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a accordé à J._____ l'assistance judiciaire dans le sens d'une exonération de la totalité des avances et des frais judiciaires, avec effet au 8 novembre 2011.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décisions sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. Le litige porte sur l'instruction mise en œuvre par l'OAI afin d'évaluer le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant.

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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2 ; 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). 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).

Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer 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), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

3. En l'espèce l'OAI a demandé des renseignements médicaux au Dr Z._____, qui a attesté le 17 juillet 2011 de troubles psychiques (état anxio-dépressifs ; crises de violence ; troubles de la concentration, de la compréhension et de la capacité d'adaptation et de résistance) ayant pour effet que l'activité habituelle n'était plus exigible et renvoyant à l'examen de mesures de réinsertion dans une activité adaptée.

Le SMR a retenu que le médecin traitant n'avait attesté d'aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, les troubles décrits par ce dernier n'ayant pas d'influences sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. Il n'a toutefois pas étayé ses affirmations. Se fondant sur cet avis, l'OAI a refusé toute prestation au recourant, jugeant inutile la mise en œuvre de plus amples mesures d'instruction.

C'est à tort que le SMR conclut péremptoirement à une pleine capacité dans l'activité habituelle, sans avoir instruit sur le plan médical le bien-fondé des constatations et conclusions d'un médecin psychiatre, fut-il médecin traitant. Compte tenu de la jurisprudence concernant la valeur probante des rapports médicaux, on ne saurait considérer l'avis du SMR comme suffisant pour retenir l'absence d'atteinte à la santé invalidante de l'assuré.

4. Dès lors que le recourant ne requiert pas l'application de l'art. 44 LPGA, soit la mise en œuvre d'une expertise neutre, il se justifie d'annuler la décision de l'OAI du 28 octobre 2011 et de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction sur le plan médical par le SMR et nouvelle décision.

5. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 28 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- 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 :