

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2017

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu, juge, et Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

D._____, à Nyon, recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 28 al. 1 let. b et c, 59 al. 2bis LAI ; art. 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. D._____, né en 1957, travaillait depuis le 1^{er} novembre 2011 en qualité de nettoyeur pour le compte de l'entreprise W._____ à [...], à temps plein d'abord, puis à temps partiel (65 %) à compter du 1^{er} février 2013. En parallèle, il exploitait en compagnie de son fils depuis le 1^{er} juin 2012 une entreprise de jardinage sous la raison de commerce « K._____ ».

Souffrant de problèmes vasculaires à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le mois de juin 2013, il a déposé le 4 mars 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapport du 4 avril 2014). De ceux-ci, il ressortait que l'assuré souffrait de douleurs abdominales d'origine inconnue multi-investiguées, présentait des répercussions artérielles et une bronchopneumopathie chronique obstructive (ci-après : BPCO) liées à un tabagisme chronique et avait fait l'objet d'une désobstruction artérielle du membre inférieur droit en mai 2010 et d'une cure d'un anévrisme de l'aorte ascendante en août 2013.

L'office AI a également fait verser à la procédure le dossier constitué par la X._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur. Parmi les pièces déposées figurait une expertise réalisée par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 12 juin 2014, ce médecin a notamment posé les diagnostics de suspicion d'angor abdominal et de claudication intermittente des membres inférieurs, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de BPCO sur tabagisme et de reflux gastro-œsophagien. Il a ensuite formulé les conclusions suivantes :

Monsieur D._____ souffre de longue date d'une douleur de la fosse inguinale gauche remontant dans l'ensemble de l'abdomen et d'un sentiment d'étouffement qui remonte jusqu'au thorax à l'effort ou

au port de charge. Cette symptomatologie, à l'origine de l'incapacité de travail actuelle, est ressentie comme plus intense depuis la pose d'une prothèse de l'aorte ascendante en août 2013. Monsieur D._____ déplore également des douleurs des deux mollets à la marche prolongée et il constate qu'il a même mal dans les mollets la nuit.

Au status physique, les artères périphériques sont bien palpées, sauf la tibiale postérieure gauche, et au test de Ratschow, je ne constate pas de signe d'ischémie des membres inférieurs. L'angio-CT des membres inférieurs, pratiqué en 2010 avant l'intervention sur l'artère fémorale commune droite, avait révélé une sténose critique de 90 % au départ de l'artère fémorale profonde gauche. Depuis lors, aucun nouvel angio-CT n'a été pratiqué. Je suggère, comme je m'en suis ouvert téléphoniquement au docteur R. C._____, de procéder à un nouvel angio-CT afin de mieux évaluer la situation vasculaire au niveau des artères abdominales, cœliaque, iliaque et fémorale gauches. En l'attente des résultats d'examen, je retiens une suspicion d'angor abdominal et de claudication intermittente des membres inférieurs. L'angio-CT et les éventuelles interventions endovasculaires ultérieures permettront de trancher entre une origine organique et une origine non organique de la symptomatologie atypique présentée par Monsieur D._____.

Dans un rapport du 11 juillet 2014 établi à la demande du Dr C._____, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, a rapporté que :

Du point de vue artériel, l'évolution est relativement favorable et la principale différence avec la situation de 2011 est que la sténose sévère à l'origine de l'artère fémorale profonde gauche a évolué vers une courte occlusion. Celle-ci est cependant asymptomatique puisque le patient n'a pas de claudication de la musculature quadricipitale gauche. Je n'ai pas d'explication pour ces douleurs abdominales qui ne sont pas en relation avec les axes artériels. De plus, la symptomatologie n'est pas liée à la prise alimentaire et il ne s'agit donc pas d'une claudication digestive. Pourrait-il s'agir d'une pathologie rachidienne avec douleurs en ceinture à gauche ? Ou éventuellement de la paroi thoraco-abdominale ? Puisqu'il semble que la position et les mouvements sont des facteurs déclenchants. Je n'ai pas prévu de revoir Monsieur K._____ en contrôle systématique mais reste à disposition selon l'évolution clinique.

Dans un avis du 21 novembre 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré que l'assuré était limité pour effectuer de gros efforts physiques et se déplacer en raison de l'atteinte vasculaire des membres inférieurs et de la BPCO ;

en revanche, il n'y avait aucune raison médicale pour que la capacité de travail ne soit pas de 100 % dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 18 décembre 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser la demande de prestations, motif pris qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans l'exercice d'activités adaptées à son état de santé, si bien que l'incapacité de gain qui en résultait (10 %) n'était pas suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à la mise en place de mesures de reclassement professionnel ; les conditions d'une aide au placement étaient en revanche remplies.

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision le 5 janvier 2015. Il a requis des explications, peinant personnellement à voir quelles activités il serait en mesure d'exercer compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Le 2 février 2015, le Dr C._____ a produit une attestation médicale, où il a indiqué que son patient souffrait d'une BPCO avec Peak-flow à 360 sous Seebri, qu'il était dyspnéique à l'effort et souffrait toujours de douleurs au flanc gauche ; il ne voyait guère son patient travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée.

Dans un avis du 18 février 2015, le SMR a invité l'office AI à examiner si la X._____ avait mandaté une expertise ou si le Dr F._____ avait revu l'assuré après son examen du 12 juin 2014 ; si tel n'était pas le cas, la mise en œuvre une expertise de médecine interne était suggérée.

La production du dossier complété de la X._____ a permis d'apprendre que cette assurance avait mis un terme à ses prestations au 1^{er} décembre 2014, au motif que l'incapacité de travail de l'assuré n'était plus justifiée au-delà du 12 juillet 2014.

De son côté, l'assuré a produit un rapport médical établi le 3 avril 2015 par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale,

lequel avait repris depuis le 19 février 2015 le suivi médical. Ce médecin soulignait que son patient se plaignait principalement d'une dyspnée d'effort de stade I : la marche était possible de façon prolongée si le rythme était léger ou au plat ; la montée ou les escaliers provoquaient en revanche une dyspnée. La mauvaise tolérance à l'effort avait d'ailleurs été objectivée lors d'une ergométrie à vélo. Dans ces conditions, le Dr P._____ voyait mal son patient reprendre son activité professionnelle de paysagiste. Seule une activité professionnelle légère était envisageable, mais demandait une réadaptation professionnelle. Celle-ci apparaissait toutefois compromise, s'agissant d'un patient de 57 ans, migrant, n'ayant pas dépassé le niveau de l'école primaire et ne disposant que de connaissances en français rudimentaires. Sur le plan pratique, la dernière option qu'il était raisonnable d'envisager était un séjour dans un centre de réadaptation cardio-vasculaire ou pour BPCO. Si après quatre semaines le résultat n'était pas concluant, il ne serait alors pas raisonnable de demander à ce patient de reprendre une activité professionnelle. Etaient joints à ce rapport deux rapports (des 24 février et 18 mars 2015) établis par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, et un rapport (du 6 mars 2015) établi par la Dresse R._____, spécialiste en pneumologie.

Dans un avis du 21 avril 2015, le SMR a estimé que les divers documents produits par le Dr P._____ ne justifiaient pas de s'écarter de l'avis du 18 février 2015 (*recte* : 21 novembre 2014).

Par décision du 24 avril 2015, l'office AI a confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. **a)** Par acte du 22 mai 2015, D._____, représenté par Procap, a déféré la décision du 24 avril 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement au constat du droit aux prestations, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A son avis, le dossier était insuffisamment instruit sur le plan

médical. Une péjoration de la dyspnée d'effort, pourtant dûment établie, n'avait pas été prise en considération et l'hypothèse d'une pathologie rachidienne ou de la paroi thoraco-abdominale à l'origine des douleurs abdominales n'avait pas été investiguée. Dans ces conditions, il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets cardiologique, pneumologique, rhumatologique et gastro-entérologique. Sur le plan du calcul du préjudice économique, la fixation du revenu sans invalidité - manifestement sous-évalué au regard des montants inscrits au compte individuel - ainsi que l'ampleur de l'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé étaient contestés.

b) Dans sa réponse du 23 juin 2015, l'office AI a conclu au rejet du recours. Sur le plan médical, il se référait à l'avis établi par le SMR le 21 avril 2015. Sur le plan économique, il relevait que le recourant se trompait quant au montant effectivement inscrit dans son compte individuel. Rien ne permettait de dire que, s'il était resté en bonne santé, le recourant aurait conservé deux activités en parallèle ni, à plus forte raison, pour quel taux d'occupation total. C'est pourquoi le recours aux données statistiques se justifiait. Quant à l'abattement de 10 % sur le salaire statistique, il tenait pleinement compte des circonstances propres à limiter les perspectives salariales de l'assuré.

c) Dans sa réplique du 13 juillet 2015, D. _____ a renvoyé en ce qui concernait l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail à la motivation de son mémoire de recours. Sur le plan économique, rien n'indiquait que les données statistiques correspondaient bien aux réelles perspectives de gain du recourant s'il était resté en bonne santé, compte tenu du cumul de ses activités salariée et indépendante. Au degré de la vraisemblance prépondérante et à défaut de la moindre indication contraire, il fallait admettre qu'il aurait très vraisemblablement continué de cumuler l'exercice de deux activités. Or, dans ce cas, il s'agissait de déterminer comment auraient évolué ces revenus. Pour ce faire, il convenait d'appliquer la méthode spécifique applicable aux indépendants (« méthode extraordinaire ») pour les revenus générés par l'activité déployée au sein de la société en nom collectif « K. _____ » et la

méthode générale de comparaison des revenus pour la part salariée. Aucune raison valable ne permettait de se distancer de cette manière de procéder.

d) Par courrier du 28 octobre 2015, D._____ a transmis à la Cour de céans un rapport médical du 22 octobre 2015 du Dr V._____, dans lequel celui-ci indiquait qu'il ne serait possible de déterminer la capacité effective de travail et le degré d'invalidité éventuel qu'au terme d'un programme de réhabilitation respiratoire.

e) Dans sa duplique du 26 janvier 2016, l'office AI a proposé à nouveau le rejet du recours. S'agissant du rapport médical du Dr V._____, il a constaté que ce médecin faisait référence à des tests d'effort effectués entre 2010 et 2014 ainsi qu'à un diagnostic (BPCO de stade II) à propos desquels l'avis médical du SMR du 21 avril 2015 avait déjà pris position. Sur le plan économique, le dossier avait été soumis à un spécialiste en questions économiques. De l'analyse établie le 5 janvier 2016, il ressortait en particulier que les montants des revenus avec et sans invalidité devaient être confirmés et que la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité n'était pas applicable.

f) Par courrier du 3 février 2016, D._____ a informé la Cour de céans qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler.

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'assurance-invalidité (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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

5. En l'espèce, l'office intimé s'est fondé sur les avis médicaux du SMR.

a) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour

l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

b) En l'occurrence, force est de constater que le point de vue défendu par le SMR ne résulte pas d'une analyse complète et détaillée de l'ensemble des plaintes du recourant. Si la problématique pneumologique (BPCO, dyspnée à l'effort) et cardiologique (insuffisance artérielle des membres inférieurs) a été prise en considération (voir en particulier l'avis du SMR du 21 avril 2015), on ne saurait dire la même chose de la souffrance abdominale inexplicée du côté gauche, laquelle était principalement à l'origine des plaintes du recourant. Si une origine artérielle a été écartée par le Dr B. _____ (rapport du 11 juillet 2014), ce médecin a suggéré des pistes qui n'ont pas été investiguées (pathologie rachidienne avec douleurs en ceinture à gauche ou de la paroi thoraco-abdominale). Dans son avis du 18 février 2015, le SMR, par la voix du Dr Z. _____, avait d'ailleurs évoqué la nécessité de mettre en œuvre une expertise, intention à laquelle il n'a pas été donné suite. En l'absence d'explications circonstanciées quant à l'origine de la souffrance abdominale du recourant et quant aux raisons pour lesquelles celle-ci n'a aucune influence sur la capacité de travail, l'instruction menée par l'intimé ne permet pas de retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, il appert que l'instruction doit être complétée par le biais d'une expertise pluridisciplinaire incluant notamment des volets rhumatologique, pneumologique, cardiologique et gastroentérologique. Compte tenu du caractère incomplet de l'instruction menée par l'office intimé, la mise en œuvre de cette expertise doit être confiée à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe d'instruire en premier lieu, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa).

b) Compte tenu de l'issue donnée à la présente procédure, les griefs liés au calcul du préjudice économique (fixation du revenu sans

invalidité ; abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé) peuvent demeurer indécis.

7. a) Partant, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office de l'assurance-invalidité qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 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 24 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 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 à D. _____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour D. _____),
- 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 :