

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2017

Composition : M. NEU, président
Mme Röthenbacher et Mme Barberat, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1974, est arrivé en Suisse durant l'année 1992 et y a depuis lors travaillé comme plâtrier-peintre, créant sa propre entreprise en 2013.

Le 7 avril 2013, l'assuré a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 5 mai 2014 en raison d'un hémangiome touchant la totalité de L1, de discopathies étagées de la colonne dorsale et de douleurs dorso-vertébrales.

Le 30 avril 2015, les pièces suivantes ont été produites :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne dorsale du 5 juin 2014, par lequel le Dr D._____, radiologue, concluait à un hémangiome vertébral touchant la totalité du corps et les pédicules de L1 à comportement légèrement expansif, ainsi qu'une discrète discopathie protrusive au niveau dorsal moyen (en particulier D7-D8), discrète protrusion paramédiane droite exerçant un discret effet de masse sur la moelle épinière sans signes de myélopathie et un petit hémangiome banal de D9 ;

- un rapport de consultation établi le 16 septembre 2014 par le Dr K._____, radiologue, dont il résultait que l'assuré se plaignait depuis environ cinq ans de lombalgies centrées sur la charnière thoraco-lombaire et que l'hémangiome était probablement responsable de ces lombalgies mais que l'on ne pouvait en avoir la certitude, un traitement chirurgical étant par ailleurs préconisé.

Le 6 mai 2015, N._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Le 17 juin 2015, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'intéressé, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Le Dr T._____ y a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux dorso-vertébral sur hémangiome touchant la totalité de L1 ainsi qu'une discopathie étagée de la colonne dorsale. L'activité professionnelle exercée habituellement n'était plus exigible. A la question de savoir quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la part de la personne assurée compte tenu des limitations dues à son état de santé, le médecin a exclu les activités en position debout, de se pencher, de monter sur une échelle et de soulever, respectivement porter un poids de plus de 5 à 7 kilos. En annexe, il a notamment joint une IRM lombaire effectuée le 11 mai 2015 au Centre d'imagerie de [...] par le Dr L._____, radiologue, ainsi que son descriptif, retenant la malformation angiomateuse de L1. Un rapport médical intermédiaire destiné à l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré établi 14 octobre 2014 par le Dr T._____, a également été annexé.

Par avis médical du 17 août 2015, le Dr V._____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a exposé ce qui suit en lien avec le rapport médical :

« En date du 17.06.2015, le **Dr T._____**, FMH de médecine interne, qui suit l'assuré depuis 2007, annonce la CT [capacité de travail] nulle dans l'activité habituelle depuis le 05.05.2015, en lien avec le syndrome douloureux dorso-vertébral sur hémangiome touchant la totalité de L1 et discopathie étagée de la colonne dorsale. Il y a la dyslipidémie, le diabète sucré. On comprend que la CT est entière en toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges au-delà de 5-7kg, position debout prolongée, échelles, porte-à-faux du rachis. Des documents joints, on apprend l'absence d'évolution significative de l'hémangiome depuis 1 année (juin 2014) ; selon l'interprète de l'imagerie, il y a ou il n'y a pas rétrécissement du canal lombaire ; pour éviter les risques de fracture avec ses éventuelles complications neurologiques et le risque d'extension aux parties molles adjacentes, proposition est faite de traiter l'hémangiome par ablation tumorale par radiofréquence suivie de cimentoplastie ».

[...]

« **Discussion** : l'assuré présente une atteinte à la santé à risque de s'aggraver, qui justifie les limitations fonctionnelles rapportées par le Dr T._____, et ainsi une CT nulle en tant que plâtrier peintre (sauf pour toutes fonctions administratives d'un indépendant). De l'avis du Dr T._____, la CT est entière en toute activité adaptée au moins depuis le 17.06.2015, date de son RM (rapport médical). Le traitement proposé n'est médicalement pas exigible ».

Par décision du 19 novembre 2015, confirmant un projet de décision du 9 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. En substance, l'office précité a précisé que l'incapacité de l'assuré était totale dans son activité habituelle. Cependant, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de la part de l'intéressé dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges au-delà de 5-7 kg, pas de position debout prolongée, pas d'utilisation d'une échelle, de porte-à-faux du rachis). L'OAI a également procédé au calcul du préjudice économique en se basant sur le salaire moyen de niveau de compétence 1 en 2012 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), indexé à 2014-2015. Le salaire de l'assuré sans atteinte à la santé a été fixé à 66'158 fr et a été comparé avec le salaire exigible suite à l'atteinte, soit 59'542 fr 57, résultant du salaire sans atteinte grevé d'un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Un préjudice économique de 6'615 fr 43 a été dégagé. Correspondant à un taux d'invalidité de 10%, l'OAI a exclu une rente et un reclassement de l'assuré.

B. N._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 5 janvier 2015 [recte : 2016]. L'intéressé conclut à l'annulation de la décision attaquée et à son renvoi à l'OAI. En substance, il estime que le droit à des prestations doit lui être reconnu sur la base d'une capacité de travail réduite, comprise entre 40% et 50%. A l'appui de son recours, l'assuré a produit une attestation médicale du Dr T._____, datée du 18 décembre 2015, dans laquelle le médecin indique :

- que l'assuré est atteint par un hémangiome touchant la totalité du L1,

- que l'évolution de cette affectation est difficilement prévisible,

- que le patient est inapte au métier de plâtrier-peintre et que ce dernier peut exécuter des travaux administratifs dans son entreprise, au taux de 40-50%. Finalement, le recourant demande que l'assistance judiciaire lui soit octroyée.

Le 8 janvier 2016, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales a accordé l'assistance judiciaire au recourant, limitée à l'exonération d'avance de frais et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 16 février 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Il estime que le document produit par le recourant ne permet pas de s'écarter de ses précédentes conclusions. Une activité à plein temps reste exigible dans le respect des limitations fonctionnelles du recourant. Pour l'intimé, dans un autre contexte que celui de l'entreprise de l'assuré, il existe parmi le large éventail de métiers simples et répétitifs concernant le niveau de compétences du recourant, des activités ne nécessitant pas de formation particulière et dont l'exercice n'est pas compromis par ses problèmes de santé.

Par réplique du 10 mars 2016, en se référant à l'attestation du Dr T._____, le recourant soutient que l'hémangiome dont il souffre n'est pas stabilisé et peut se dégrader de manière importante. Compte tenu de cette possible péjoration, une capacité de travail résiduelle comprise entre 40% et 50% doit être reconnue.

Par duplique du 18 avril 2016, l'OAI confirme ses conclusions.

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, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 5 janvier 2016 contre la décision de l'OAI du 19 novembre 2015 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur

les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente d'invalidité. Le refus de mesures de reclassement n'est pas contesté par le recourant.

3. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. art. 6 LPGA in fine).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 réf. cit.). 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. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 d'un rapport médical, 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 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, dans son rapport du 17 juin 2015, le Dr T._____ a diagnostiqué un syndrome douloureux dorso-vertébral sur hémangiome touchant la totalité de L1 ainsi qu'une discopathie étagée de la colonne dorsale. Ces diagnostics sont fondés sur le résultat d'une IRM du 11 mai 2015 et corroborent les conclusions du Dr K._____ dans son rapport de consultation du 16 septembre 2014. Concernant l'impact des atteintes précitées sur la capacité de travail, le Dr T._____ conclut à une incapacité totale dans l'activité de plâtrier-peintre. Il n'exclut pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Dr T._____ est le médecin traitant du recourant et suit ce dernier depuis 2007. Durant cette période, ce praticien a régulièrement reçu l'assuré à sa consultation. Il s'était en outre déjà déterminé quant aux conséquences de l'hémangiome sur l'état de santé de son patient et ce, dans le cadre des démarches de l'intéressé envers l'assureur perte de gain en cas de maladie. Le Dr T._____ s'est donc prononcé sur le point litigieux en pleine connaissance du dossier et du contexte médical propre

à l'assuré, en procédant à un examen circonstancié du cas d'espèce. Quant aux conclusions du médecin traitant, elles n'ont pas suscité de remarques particulières de la part du Dr V._____, du SMR, et ont été reprises par celui-ci dans son avis médical du 17 août 2015. A la lecture du dossier, aucun élément ne permet d'ailleurs de douter de la pertinence des conclusions émanant du médecin traitant.

b) Concernant l'attestation médicale du 18 décembre 2015 établie par le Dr T._____, elle se limite principalement à confirmer les conclusions du rapport médical du 17 juin 2015. L'attestation, au demeurant postérieure à la décision attaquée, indique certes que le recourant est capable d'exécuter des travaux administratifs dans son entreprise, au taux de 40-50%. Cependant, cet élément ne repose sur aucune motivation et, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait tirer de cette affirmation que le Dr T._____ exclut l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'attestation ne saurait pas résulter d'un nouvel examen circonstancié du cas d'espèce et ne rapporte pas une évolution significative de la situation de l'intéressé. Partant, l'attestation du 18 décembre 2015 fournie par le recourant ne contient pas d'éléments pertinents nouveaux suffisamment probants pour s'écarter de la position de l'OAI.

c) Si le recourant fait certes valoir que son état de santé n'est pas stabilisé, force est toutefois de constater que son atteinte ne se serait péjorée que récemment. Il ressort notamment des observations du Dr V._____ que l'hémangiome du recourant n'a pas évolué entre la période de juin 2014 et le mois d'août 2015. Faute de certificat médical contraire, l'état de santé de l'intéressé apparaît comme stationnaire. Il en résulte que le recourant ne peut tirer argument d'une évolution incertaine de son état de santé afin d'échapper au renvoi à une activité adaptée autre que celle d'effectuer des travaux administratifs à temps partiel au sein de son entreprise.

Il convient dès lors de considérer que l'intimé s'est fondé à juste titre sur le rapport médical du 17 juin 2015 établi par le Dr T._____, ainsi que sur l'avis médical du SMR du 17 août 2015. Dans ce contexte, l'OAI a conclu à bon droit à une pleine capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée prenant en compte les limitations fonctionnelles de l'assuré. A cet égard, il convient d'admettre avec l'intimé qu'au regard du large éventail d'activités manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et services, un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par le recourant.

6. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré du travail (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a LAI).

Procédant au contrôle d'office des éléments économiques retenus dans la décision entreprise, au demeurant non contestés par le recourant, la Cour de céans constate que le calcul de l'invalidité de l'intimé ne prête pas flanc à la critique. En effet, en se fondant sur la méthode théorique ordinaire de comparaison des revenus et en prenant en compte les salaires de références indexés des statistiques de l'ESS, l'intimé a correctement retenu un taux d'invalidité de 10%. En présence d'un préjudice très largement inférieur à 40%, le droit à la rente ou à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. On relèvera finalement que l'OAI a proposé au recourant une aide au placement.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à 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 fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile ; RS 272]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- N. _____,
- 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).

Le greffier :