

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 751/03

Arrêt du 19 mars 2004
IIIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Rüedi et Kernen. Greffière: Mme Boschung

Parties
Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, avenue Général-Guisan 8, 1800 Vevey,
recourant,

contre

A._____, intimé

Instance précédente
Tribunal des assurances du canton de Vaud, Lausanne

(Jugement du 10 juillet 2003)

A.

A._____, né en 1952, a exercé la profession d'employé d'exploitation de télécabine, à O._____, du mois de janvier 1990 au 29 mai 2000, date à partir de laquelle il a été incapable de travailler pour cause de maladie. Le 13 juillet 2000, il a présenté une demande tendant à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a requis l'avis du docteur B._____, médecin traitant de l'assuré (rapports des 26 septembre 2000, 15 février et 30 septembre 2002), et confié un mandat d'examen au Service médical régional X._____. (ci-après: le SMR). Ainsi, suite à leur examen du 21 mars 2002, les docteurs L._____, médecin généraliste, et M._____, spécialiste en chirurgie, ont conclu que A._____ souffrait d'insuffisance artérielle des membres inférieurs et que sa capacité de travail était nulle comme ouvrier de télécabine; en revanche, la capacité de travail était entière pour toute activité légère, semi-sédentaire, sans exposition au froid.

Par décision du 25 octobre 2002, l'OAI a rejeté la demande de rente, motif pris que l'invalidité était insuffisante pour ouvrir droit à une telle prestation.

B.

Par jugement du 10 juillet 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a annulé la décision entreprise et renvoyé la cause à l'administration pour nouvelle décision après complément d'instruction sur les plans psychiatrique et économique.

C.

L'OAI interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il requiert l'annulation; il produit un avis médical du SMR, du 12 novembre 2003, relatif à une éventuelle atteinte psychiatrique et aux activités considérées comme adaptées à l'état de santé de l'assuré.

A._____ n'a pas répondu au recours. De son côté, l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité de l'assuré, il s'agit de déterminer si les premiers juges

étaient fondés à renvoyer la cause à l'office recourant pour complément d'instruction en ce qui concerne les aspects psychiatrique et économique du dossier.

2.

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000, entrée en vigueur au 1er janvier 2003, n'est pas applicable, sur le plan matériel, au présent litige, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 25 octobre 2002 (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).

En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 (tel le présent litige) ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA (arrêt non publié D. du 18 juin 2003, K 47/02).

3.

3.1 Les premiers juges ont exposé les dispositions légales et la jurisprudence qui fondent le droit à une rente de l'assurance-invalidité; il suffit à cet égard de renvoyer à leur jugement.

3.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

3.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. depuis le 1er janvier 2003 l'art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Si l'administration ou le juge (cf. depuis le 1er janvier 2003 les art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

3.4 En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

4.

4.1 Les premiers juges ont considéré, en substance, que les avis médicaux au dossier ne permettaient pas de trancher la question du droit de l'assuré à une rente d'invalidité. D'une part, des investigations médicales complémentaires devaient être entreprises sur le plan psychiatrique, pour clarifier l'influence de facteurs psychosociaux sur l'état de santé de l'assuré. D'autre part, sur le plan économique, les activités proposées par l'OAI ne semblaient pas adaptées à la situation et entraînaient une évaluation illusoire du revenu d'invalidité.

4.2 A l'appui de ses conclusions, l'office recourant fait valoir que le rapport du SMR, sur lequel est fondée sa décision du 25 octobre 2002, satisfait pleinement les exigences requises par la

jurisprudence en matière de valeur probante. En ce qui concerne un éventuel trouble psychiatrique, l'OAI relève que l'avis médical complémentaire du SMR indique précisément que l'intimé ne présentait pas une atteinte à la santé psychique invalidante. Au surplus, il apparaît que le médecin traitant de l'assuré n'a jamais fait état de l'existence d'un trouble de cette nature. Enfin, l'OAI réfute la qualification de «revenu d'invalidé illusoire», précisant que cet élément du calcul de l'invalidité est le fruit de descriptions de postes de travail du canton de Vaud, également utilisées par la SUVA.

5.

5.1 En l'espèce, le dossier contient des pièces médicales fournies par le docteur B._____, médecin traitant de l'assuré, et un rapport d'examen du SMR. Ce document médical, plus détaillé que toutes les autres pièces, se fonde sur une étude attentive du dossier; il prend en considération la situation médicale de l'assuré dans son ensemble - aussi bien objectivement que subjectivement - et repose sur des examens complets de l'intéressé. Enfin, ses conclusions sont dûment motivées. Il respecte en tous points les exigences posées par la jurisprudence citée ci-dessus et il y a lieu en conséquence de lui attribuer une pleine valeur probante.

Il ressort de ce rapport que A._____ est à même de mettre à profit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce malgré l'insuffisance artérielle dont il souffre au niveau des membres inférieurs et les diverses interventions vasculaires dont il a fait l'objet depuis 1987 (notamment amputation du 4ème orteil droit, dilatation et pose de stent de l'iliaque externe gauche, sympathectomie lombaire droite, pontage synthétique ilio-fémoral gauche). L'activité adaptée décrite par les praticiens du SMR consiste en une activité légère (port de charges n'excédant pas 15 kilos, sans efforts de poussée), semi-sédentaire, permettant une alternance des positions, sans déplacements importants, à hauteur d'établi et sans exposition au froid.

5.2 Il reste à examiner si une expertise psychiatrique était nécessaire pour statuer sur les droits de l'intimé au moment où la décision du 25 octobre 2002 a été rendue, date qui constitue la limite temporelle du pouvoir de cognition du tribunal de céans. Selon les médecins du SMR, il n'existait, au moment où ils ont pratiqué leurs examens, aucun signe parlant en faveur d'un trouble psychique invalidant. Ces spécialistes ont certes relevé chez l'assuré «une anxiété et une tristesse liées au rétrécissement de sa vie professionnelle, familiale et personnelle, tout comme à ses ennuis de santé chroniques», sans qu'il s'agisse toutefois d'une maladie psychique. Leurs constatations ont été, en outre, corroborées par celles du docteur B._____ qui n'a mis en évidence aucune plainte d'ordre psychique. En définitive, seul W._____, assistant social au sein du Centre social régional de Y._____ (lettre du 3 octobre 2002), a décrit des inclinations pour des pensées suicidaires, sans pour autant évoquer la nécessité d'un suivi psychiatrique. Ne correspondant pas à un avis médical, cette dernière pièce ne saurait remettre en cause l'avis concordant des praticiens qui se sont prononcés. On relèvera, au demeurant, que l'assuré n'apporte

aucun élément justifiant de douter du bien-fondé des considérations médicales exposées ci-dessus ou permettant de penser qu'il est atteint dans sa santé psychique. Pour le surplus, aucune pièce médicale au dossier n'est venue apporter la preuve du développement d'un trouble d'ordre psychique entre l'examen du SMR du 21 mars 2002 et la décision de l'OAI du 25 octobre suivant.

Par conséquent, après examen des rapports précités, l'administration ne saurait être critiquée pour avoir considéré le dossier médical comme complet et estimé, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, que le recourant ne présentait pas de troubles d'ordre psychique invalidants ou des signes d'une telle affection nécessitant une instruction complémentaire. Au demeurant, ce point de vue a été confirmé par les réponses du docteur L._____ (cf. § 2 de l'avis médical complémentaire du SMR du 12 novembre 2003). En effet, ce médecin a indiqué que les symptômes psycho-affectifs relevés lors de l'examen étaient banals et d'expression normale dans une situation de perte d'emploi pour raison de santé et d'isolement par rapport à la famille. Il apparaît, dès lors, que l'intimé était capable d'exercer une activité adaptée (cf. consid. 5.1 in fine) à plein temps au moment où la décision litigieuse a été rendue. Un complément d'instruction en vue d'éclaircir la situation n'était donc pas nécessaire.

On rappellera en outre que les actes médicaux ne doivent pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils ne soient contestés sur des points précis, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 110 V 53 consid. 4a).

Vu ce qui précède, c'est à tort que les premiers juges ont fait grief au recourant d'avoir statué sur la base d'un dossier insuffisant.

6.

6.1 A._____ aurait obtenu, sans invalidité, dans son ancienne profession, un revenu annuel de

46'675 fr., dès le 1er janvier 2000 (questionnaire pour l'employeur du 26 juillet 2000).

6.2 D'après l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), le salaire mensuel brut (valeur centrale) des hommes exerçant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 4, selon la classification utilisée par l'OFS) dans le secteur privé était de 4'437 fr. en 2000 (ESS 2000 p. 31 TA1). Au regard du large éventail d'activités de ce type que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles ne nécessitent ni longs déplacements, ni port de charges, tout en permettant une alternance des positions, de sorte qu'elles sont adaptées au handicap présenté par l'assuré. Dès lors, une instruction complémentaire sur l'existence d'activité adaptée au handicap de l'intimé sur le marché équilibré du travail s'avère inutile. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures (ESS 2000 p. 10), soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures: La Vie économique 10/2002 p. 88), il convient d'adapter le revenu mentionné ci-dessus, en le portant à 4'637 fr. Or, même en procédant à un abattement maximum de 25 % - une déduction moins importante apparaîtrait cependant mieux

appropriée - pour tenir compte des circonstances propres à la personne du recourant et susceptibles de limiter ses perspectives salariales, on obtient un revenu mensuel de 3'478 fr., soit 41'736 fr. annuellement. Celui-ci, après comparaison avec le revenu sans atteinte à la santé de l'assuré (cf. consid. 6.1), conduit à un taux d'invalidité légèrement supérieur à celui calculé par l'OAI, mais n'ouvrant, en tout état de cause, pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

7.

Il suit de là que l'OAI était fondé, par sa décision du 25 octobre 2002, à nier le droit de l'assuré à toute prestation. Le recours est dès lors bien fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est admis et le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 10 juillet 2003 est annulé.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 19 mars 2004

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IIIe Chambre: La Greffière: