

VD_GERICHTE ZD07.016482 vom 2. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.016482

FR: VD_GERICHTE ZD07.016482 du 2 novembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZD07.016482 del 2 novembre 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 218/07 - 46/2011 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES
Arrêt du 2 novembre 2010

Présidence de M. DIND Juges : M. Berthoud et Mme Moyard,
assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : H. _____, à Lausanne,
recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 et 16 LPG; art. 4 al. 1 et 28 LAI
402

- 2 - E n f a i t : A. H. _____ (ci-après: l'assuré), né le 12 juillet 1943, travaillait en
qualité d'ouvrier spécialisé au service des parcs et promenade de la ville de Lausanne. Le 13
mai 2003, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
(ci-après: OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. S'agissant de
l'instruction sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 29
septembre 2003, le service du personnel de Lausanne a indiqué que l'assuré avait travaillé
du 1er février 1988 au 1er avril 2003 en qualité d'ouvrier spécialisé, pour un salaire mensuel
brut de 5'555 fr. depuis le 1er janvier 2003. L'extrait du compte de l'assuré auprès de la
caisse cantonale vaudoise de compensation, daté du 6 juin 2003, a indiqué que l'intéressé
avait travaillé pour la commune de Lausanne depuis janvier 1989. Sur le plan médical,
l'OAI s'est adressé au Dr X. _____, spécialiste en médecine générale à Lausanne. Dans
un rapport du 15 juillet 2003, ce praticien a posé les diagnostics d'opération d'ulcère
gastrique en 1977, de triple pontage aortique en 1983-84, de troubles de la circulation
périphérique y compris intestinale avec troubles digestifs et de claudication intermittente. Il
a retenu une incapacité de travail à 100% du 30 septembre 2002 au 1er novembre 2002 et
un état de santé s'aggravant. Suite à une consultation de l'assuré le 2 février 2004, dans un
rapport du 3 février 2004, le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne à
Lausanne, a indiqué que le bilan artériel confirmait la présence d'une insuffisance artérielle
des deux membres inférieurs, sans atteindre le seuil d'ischémie dangereuse pour les pieds. Il
a administré un traitement médicamenteux en guise de prophylaxie cardio-vasculaire
générale et a évoqué un traitement hypolipémiant et hypotenseur. Suite à une nouvelle
consultation, le 2 août 2004, ce médecin a constaté que

- 3 - l'insuffisance artérielle ne s'était pas péjorée et a écarté l'indication de manœuvres
invasives, en l'absence de menace ischémique pour les pieds à court terme. Sur proposition
du Service médical régional AI (ci-après: SMR), l'assuré a été soumis à une expertise
angiologique, effectuée par le Dr S. _____, spécialiste FMH en angiologie à Vevey. Le
1er février 2005, ce spécialiste a posé les diagnostics d'insuffisance artérielle de stade II b
des membres inférieurs sur occlusion des artères fémorales superficielles et de status après
pontage aorto-bi-fémoral en 1985. Il a retenu une incapacité de travail complète depuis le 2
avril 2003 dans l'activité exercée jusqu'ici (jardinier), relevant qu'elle pouvait être

vraisemblablement corrigée par la confection d'un pontage fémoro-poplité bilatéral. Il a précisé que l'insuffisance artérielle n'entraînait actuellement pas de limitations sur le plan social ou psychique. Dans un examen SMR du 23 février 2005, le Dr Z. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé d'insuffisance artérielle stade II b des membres inférieurs après pontage aorto-bifémoral en 1985, une incapacité de travail durable depuis le 2 avril 2003 et une capacité de travail exigible nulle comme jardinier et entière dans une activité adaptée, évitant la position accroupie ou à genoux ainsi que les marches prolongées. Selon un rapport final du 11 juillet 2005, l'OAI a indiqué que l'assuré avait pris sa retraite en octobre 2004, à l'âge de 61 ans. Il a retenu que le préjudice économique de ce dernier devait être déterminé par la méthode de détermination du revenu d'invalidité selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) avec comme facteurs de réduction pour le calcul du salaire les limitations liées au handicap et l'âge de l'intéressé (62 ans à ce moment). Par décision du 7 octobre 2005, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré présentait depuis le 2 avril 2003 une capacité de travail nulle dans son ancienne activité d'ouvrier

- 4 - spécialisé et entière dans une activité adaptée (activités industrielles légères, surveillance d'un processus de fabrication). Se basant sur un revenu annuel d'invalidité de 52'493 fr. 79 dans des activités simples et répétitives selon l'ESS en 2004, tenant compte d'un abattement de 10% résultant des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'intéressé, et sur un revenu sans invalidité de 73'786 fr. 54 dans l'ancienne activité exercée par l'assuré auprès de la commune de Lausanne, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 28.85%, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. Le 1er novembre 2005, l'assuré a formé opposition contre cette décision, se prévalant d'examens médicaux récents non pris en compte par l'OAI et de ses problèmes de santé. Il a joint à son envoi un document médical daté du 21 février 1995 attestant de problèmes d'ouïe. Par décision sur opposition du 4 mai 2007, l'OAI a maintenu sa position. Se référant à l'expertise du Dr S. _____ ainsi qu'à l'avis du 23 février 2005 du SMR, il a relevé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a ajouté que l'assuré n'avait pas produit de pièces médicales démontrant une aggravation de son état de santé et que ses problèmes d'ouïe ne l'avaient pas empêchés d'exercer son ancienne activité. Pour le calcul du degré d'invalidité, l'OAI s'est référé aux montants figurant dans sa décision du 7 octobre 2005. Il a également retenu que l'âge de l'assuré ne limitait pas ses possibilités de retrouver un emploi, le marché du travail étant réputé équilibré entre l'offre et la demande pour un éventail d'emplois diversifiés dont un certain nombre lui sont accessibles, et a précisé qu'un abattement de 10% du revenu d'invalidité avait été pris en compte en raison de l'âge et de ses limitations fonctionnelles. B. Par acte du 1er juin 2007 adressé au Tribunal cantonal, H. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 4 mai 2007. Il a demandé une prolongation de délai pour produire une pièce médicale certifiant qu'il ne pouvait pas travailler en position assise et en position debout stationnaire, en raison d'une circulation périphérique défaillante.

- 5 - Le 19 juin 2007, le recourant a demandé à pouvoir être examiné par un phlébologue ou un autre médecin. Il a joint à son envoi une lettre du 24 septembre 2007 du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne à Lausanne, attestant une modification de la situation médicale de l'assuré. Dans des écritures successives, notamment les 7 avril 2008, 14 juin 2008, 7 novembre 2008 et 27 janvier 2009, le recourant a réitéré ses arguments et déposé notamment les documents suivants: - Un certificat médical du 19 octobre 2007 du Dr

G._____, signalant une aggravation de l'état de son patient, la présence d'une maladie coronarienne et une hypertension artérielle, une opération étant prévue le 22 octobre 2007 pour un anévrisme au niveau de l'anastomose proximale du pontage aorto-bifémoral. - Un rapport du 3 décembre 2007 du service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV, se référant notamment à des examens angiologiques, radiographique, par électrocardiogramme et scanner, puis posant les diagnostics de pseudo-anévrisme de l'aorte abdominale d'environ 5 cm centré sur l'anastomose proximale du pontage aorto- bifémoral en 1977, asymptomatique. - Un rapport du 9 janvier 2008 du même service, retenant une évolution favorable après une cure endovasculaire d'un pseudo-anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale effectuée le 21 novembre 2007, le suivi par un angio-CT de l'aorte abdominale étant proposé dans six mois. - Des protocoles opératoires des 1er et 5 août 2008 du CHUV, posant les diagnostics d'ischémie du membre inférieur droit sur syndrome des loges provoquée par un hématome intra-musculaire pendant thrombolyse loco-régionale, d'ischémie du membre inférieur droit sur occlusion d'un pontage fémoro-poplité distal prothétique traité par thrombolyse loco-régionale et d'hématome rétropéritonéal pendant la thrombolyse engendrant un iléus, respectivement une fasciotomie des quatre loges de la jambe droite.

- 6 - - Un rapport du 29 septembre 2008 du service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV, posant les diagnostics d'artériopathie du membre inférieur droit de stade 2B et de parésie des muscles ilio-psoas et quadriceps gauche sur compression du nerf fémoral. Il est mentionné que l'assuré faisait état de douleurs ayant nécessité de la morphine et qu'il présentait des troubles de la marche et de l'équilibre, des facteurs de risque cardio-vasculaire, une dénutrition protéino-calorique modérée et des pertes de mémoire. - Un rapport du 29 décembre 2008 du département de l'appareil locomoteur du CHUV, posant les diagnostics d'occlusion d'un pontage fémoro-poplité droit avec échec de thrombolyse associée à une hémorragie cérébrale tétra-ventriculaire, d'amputation selon Gritti du membre inférieur droit, d'état confusionnel aigu fluctuant sur encéphalopathie mixte avec symptômes psychotiques et de troubles cognitifs. Plusieurs interventions en octobre et novembre 2007 ont été mentionnées, en particulier pour delirium tremens, AVC ischémique, maladie coronarienne et pseudo-anévrisme de l'aorte. - Un certificat médical du 23 janvier 2009 du Dr G._____, certifiant que depuis le 23 août 2007 l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas d'exercer une activité lucrative. - Un rapport du 24 février 2009 du département de psychiatrie du CHUV, se référant à un séjour dans un établissement psychiatrique de décembre 2008 à février 2009 et retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, de syndrome de dépendance à l'alcool, l'assuré étant actuellement abstinent en milieu protégé, de probable démence mixte (vasculaire et métabolique) et de délirium d'origine mixte. C. Le 13 mars 2008, puis les 26 mai 2008, 8 décembre 2008 et 20 février 2009, après avoir pris successivement connaissance des pièces médicales déposées par l'assuré, l'OAI a en substance conclu au rejet du

- 7 - recours, indiquant que ces pièces décrivaient des faits survenus après la date de la décision querellée, de sorte qu'elles n'avaient pas à être prises en compte dans la présente procédure. 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'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). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux conditions de formes 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 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. 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

- 8 - 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 s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi- rente (art. 28 LAI). 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 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 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2). c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi

- 9 - exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs

exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (ATF 114 V 313 c. 3a; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 c. 3.1). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 114 V 313 c. 3a; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.3; TF 9C_532/2007 du 28 mars 2008 c. 2.2.1). Le montant obtenu en se fondant sur l'ESS doit encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y

- 10 - a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 c. 5b/cc; TFA I 673/03 du 10 décembre 2004 c. 4.2). d) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009 c. 3.2 et les références citées; voir aussi TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 c. 5.2 et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

- 11 - impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009 c. 3.2; TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 c. 5.2; les deux avec références citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 c. 3c et les références citées), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009 c. 3.2; TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 c. 5.2; les deux avec références citées). 3. Dans la décision attaquée, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, ce qui est précisément contesté par le recourant. a) Sur le plan médical, on retiendra que l'assuré présente plusieurs atteintes à la santé, justifiant notamment les diagnostics d'insuffisance artérielle de stade II b des membres inférieurs, selon les constatations du Dr B._____ (rapport du 3 février 2004) et du Dr S._____ (expertise du 1er février 2005), ainsi que le status de différentes opérations, notamment décrites par le Dr X._____ (rapport du 15 juillet 2003). S'agissant de la capacité de travail, le Dr S._____ (expertise du 1er février 2005) a retenu une incapacité de travail complète depuis le 2 avril 2003 dans l'activité exercée jusqu'ici (jardinier), relevant qu'elle pouvait être vraisemblablement corrigée par la confection d'un pontage

- 12 - fémoro-poplité bilatéral; il a précisé que l'insuffisance artérielle n'entraînait actuellement pas de limitations sur le plan social ou psychique. Le médecin du SMR a pour sa part retenu que l'assuré présentait une capacité de travail exigible nulle comme jardinier et entière dans une activité adaptée, évitant la position accroupie ou à genoux ainsi que les marches prolongées (rapport du 23 février 2005 du Dr Z._____). Suite à son recours, l'assuré a déposé de nombreuses pièces médicales, faisant état d'une dégradation de son état de santé, notamment avec une hypertension artérielle ayant nécessité une opération, une amputation du membre inférieur droit, un AVC ischémique, une maladie coronarienne, un pseudo-anévrisme de l'aorte et des troubles psychiques. Cela étant, ces rapports ne peuvent être pris en compte dans la présente procédure de recours, dans la mesure où ils se rapportent à des faits postérieurs à la date de la décision attaquée, soit le 4 mai 2007. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1; 129 V 4 c. 1.2; 121 V 362 c. 1b; TF 9C_216/2010 du 31 mars 2010 c. 1; TF 9C_537/2009 du 1er mars 2010 c. 3.2). C'est donc à juste titre que l'état de santé de l'assuré a été apprécié par l'OAI jusqu'au moment où la décision sur opposition a été rendue, le 4 mai 2007. Les modifications intervenues postérieurement à cette date ne sauraient être traitées dans la présente procédure de recours mais peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande formée par l'assuré. Les documents médicaux sur lesquels s'appuie l'OAI, notamment l'expertise du Dr S._____, permettent de se prononcer sur l'état de santé du recourant, de sorte qu'ils ont valeur

probante, et on ne voit pas de raison de s'en écarter. On retiendra donc que la cause a été suffisamment instruite sur le plan médical et que, conformément à l'avis du SMR, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

- 13 - b) Au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 4 mai 2007, l'assuré était âgé de 64 ans et se trouvait à près de deux mois de l'âge de 65 ans, de sorte qu'il était très proche de la survenance de l'âge de la retraite. Dans ces conditions, conformément à la jurisprudence en la matière, on peut parler d'âge avancé (TF 9C_556/2009 du 27 janvier 2010 c. 2.3 et les arrêts cités). Dans son rapport final du 11 juillet 2005, l'OAI a retenu que le préjudice économique de l'assuré devait être déterminé par la méthode de fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, avec comme facteurs de réduction pour le calcul du salaire, les limitations liées au handicap et l'âge de l'intéressé (62 ans à ce moment). Par décision du 7 octobre 2005, l'OAI a tenu compte d'un abattement de 10% du revenu d'invalidé, découlant des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'intéressé. Dans la décision attaquée, l'OAI a également retenu que l'âge de l'assuré ne limitait pas ses possibilités de retrouver un emploi, le marché du travail étant réputé équilibré entre l'offre et la demande pour un éventail d'emplois diversifiés dont un certain nombre lui sont accessibles, et a précisé qu'un abattement de 10% du revenu d'invalidé avait été pris en compte en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles. L'OAI a certes tenu compte de l'âge du recourant, mais uniquement en tant que facteur de réduction (ou abattement) du revenu d'invalidé. Or, dans le cas présent, se pose la question des possibilités pour l'intéressé de retrouver un emploi sur le marché du travail, supposé équilibré. Selon les indications de son ancien employeur, le recourant a travaillé depuis le 1er février 1988 en qualité d'ouvrier spécialisé au service des parcs et promenade de la ville de Lausanne; son salaire mensuel brut se montait à 5'555 fr. depuis le 1er janvier 2003 et il était en incapacité de travail avec droit au salaire jusqu'à épuisement des prestations (questionnaire pour l'employeur rempli le 29 septembre 2003). Selon un rapport final du 11 juillet 2005 de l'OAI et d'après les indications de la caisse de pensions de la ville de Lausanne, l'assuré a pris sa retraite en octobre 2004, à l'âge de 61 ans et il ne fait plus partie des effectifs de

- 14 - son ancien employeur. Ainsi, depuis le 1er octobre 2004, l'assuré n'a plus exercé d'activité professionnelle, sortant du marché du travail. Le dossier ne contient pas tous les éléments permettant de se demander si, de manière réaliste, le recourant est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, soit si un employeur potentiel consentirait objectivement à l'engager, compte tenu notamment des activités exigibles de sa part en raison de ses problèmes de santé, de sa situation personnelle, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. En effet, il faudrait savoir quel emploi l'assuré était capable d'assumer au moment de l'ouverture du droit à la rente, et déterminer ce moment, qui pourrait être avril 2004, soit le moment à partir duquel une rente pourrait lui être allouée compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI); à ce moment-là il avait déjà 60 ans et bientôt 61 ans. c) Dès lors, il appartient à l'OAI de reprendre l'instruction de la cause puis de rendre une nouvelle décision, afin de tenir compte de l'âge de l'assuré en tant que condition spécifique dans le cadre des possibilités réalistes de retrouver un emploi conformément à la jurisprudence précitée. Partant, le recours sera admis et la décision attaquée annulée. 4. a) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à

des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. b) Le recourant n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il n'est pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPG).

- 15 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 4 mai 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - H. _____ - 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

- 16 - Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).
Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.