

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Neu et Mme Rossier, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

T. _____, à Pompaples, recourant,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA; 28, 29 al. 1 et 36 al. 2 LAI; 29bis LAVS

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assuré), né le [...], est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de maçon obtenu en 1976 ainsi que d'un diplôme de chef de chantier (conducteur de travaux) obtenu en 1981. Exerçant en qualité de maçon indépendant dès 1995, il était titulaire de l'entreprise individuelle T._____, dont la raison sociale a été radiée le 30 septembre 2005 par suite de cessation d'activité. Le 22 novembre 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'une grave maladie du foie depuis 2005.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a requis le médecin traitant de lui adresser un rapport médical. Dans son rapport du 27 décembre 2005, la Dresse V._____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu les diagnostics affectant la capacité de travail de cirrhose hépatique, dernier stade, de grave trouble de la coagulation, de dyspnée d'effort et de varices oesophagiennes. Elle attestait d'une incapacité de travail totale du 17 juin 2005 au 4 juillet 2005, puis dès le 21 juillet 2005. Ne se prononçant pas sur les limitations fonctionnelles, elle indiquait que, le patient étant sur une liste d'attente pour une transplantation de foie, la capacité de travail devrait être réévaluée après la greffe si celle-ci était réussie.

Par lettre du 3 janvier 2006, l'assureur-maladie W._____ a informé l'OAI que l'assuré était au bénéfice de prestations perte de gain depuis le 26 avril 2005.

Interpellé par l'OAI, le Dr X._____, spécialiste FMH en infectiologie et médecine intensive, médecin-chef au sein de l'Ensemble hospitalier de [...], Hôpital de [...], a indiqué, par courrier du 8 février 2006, que le patient avait été hospitalisé du 21 juin au 4 juillet 2005 en raison d'une décompensation ascitique d'une cirrhose alcoolique. Il annexait à son courrier la lettre de sortie du 19 juillet 2005, adressée à la

Dresse V._____, qui retenait comme diagnostic principal une ascite sur décompensation de cirrhose Child-Pugh B. Un projet de sevrage en milieu spécialisé était évoqué.

Le 27 février 2006, l'assuré s'est présenté au Centre de transplantation du CHUV pour une consultation pré-transplantation hépatique. Dans le rapport y relatif du 20 mars 2006 adressé à la Dresse V._____, le diagnostic de cirrhose hépatique d'origine éthylique, dont le stade selon Child-Pugh était tout juste B, était confirmé. Il était rappelé dans l'anamnèse que la maladie hépatique de l'assuré s'était déclarée cliniquement au cours du printemps 2005, avec un premier épisode d'hématémèse avec décompensation ascitique ayant nécessité une hospitalisation à l'Hôpital de [...] où des varices oesophagiennes de stade I à II avaient été mises en évidence. Les médecins du Centre de transplantation constataient une amélioration de l'état de santé somatique ainsi que sur le plan de la thymie, cinq mois après l'arrêt de la consommation d'alcool. L'assuré était considéré comme un bon candidat pour une transplantation hépatique.

A la suite d'une endoscopie digestive réalisée le 14 avril 2006, le Dr G._____, spécialiste FMH en gastroentérologie, médecin agréé aux établissements hospitaliers du nord vaudois (ci-après: EHNV), a conclu à des varices oesophagiennes stade III nécessitant des ligatures élastiques. L'assuré a été hospitalisé à l'unité de soins intensifs des EHNV jusqu'au 16 avril 2006, date de son transfert aux EHNV site de [...] compte tenu d'une évolution clinique favorable. Dans un rapport médical du 17 avril 2006 à la Dresse V._____, le Dr C._____, spécialiste FMH en cardiologie, médecin-chef aux ENHV, a posé le diagnostic principal d'hémorragie digestive haute probablement sur saignement de varices oesophagiennes.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 28 juin 2006, le Dr B._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a relevé que les contrôles endoscopiques réguliers permettaient de prévenir les récurrences dans un grand nombre de cas et qu'il n'était pas exclu qu'une activité légère de gestion ou de direction de travaux puisse être

poursuivie. Il préconisait la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne, afin qu'il se prononce sur les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'ancienne activité et dans toute autre activité adaptée.

Le même jour, l'assuré a été examiné au Centre de transplantation du CHUV. Le courrier établi le 29 juin 2008 à l'attention de la Dresse V._____ mentionnait une amélioration de l'hépatopathie après diminution de la consommation éthylique. Le stade de la cirrhose selon Child-Pugh était de A. Il n'y avait dès lors pas d'indication à une transplantation - celle-ci n'étant envisageable qu'à partir d'un stade Child-Pugh B - ce d'autant que l'abstinence éthylique n'était pas atteinte.

L'expertise médicale a été réalisée par le Dr N._____ le 20 septembre 2006. Son rapport établi le 27 septembre suivant faisait état des diagnostics affectant la capacité de travail de cirrhose hépatique d'origine éthylique Child-Pugh A - status après hémorragie digestive sur varices oesophagiennes stade III en avril 2005 et avril 2006 - et de polyneuropathie modérée des membres inférieurs. Au plan physique, la baisse de l'état général consécutive à la cirrhose et à ses conséquences (hypotrophie musculaire relative) ainsi que la discrète polynévrite limitaient singulièrement la capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon. Aux plans psychique et social, il n'y avait aucune restriction. L'assuré présentait une capacité de travail ne dépassant pas 20% dans l'activité habituelle; dans l'activité d'entrepreneur, il existait une capacité de travail d'au moins 80%. A cet égard, l'expert précisait ce qui suit:

"Une activité de type entrepreneur ou chef de chantier avec port de charge limité, me paraît tout à fait possible et ce, au moins à 80%. Un lieu de travail est adapté dans la mesure où il n'exige pas des travaux physiques significatifs nécessitant force, endurance et rapidité. Dans une activité légère à moyennement lourde, en évitant si possible les échafaudages, il existe une capacité résiduelle d'au moins 80%."

Le 15 novembre 2006, une enquête économique pour les indépendants a été réalisée, au terme de laquelle il a été proposé, compte tenu du parcours de l'intéressé ainsi que de la difficulté à calculer le

revenu hypothétique sans atteinte à la santé sur la base des comptes d'exploitation, de déterminer ce revenu sur la base des données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après: ESS). Le salaire annuel ainsi déterminé s'élevait à 84'468 fr. (ESS 2004, TA7; domaine d'activité 10, niveau de qualification 1). Il ressortait en outre du rapport d'enquête établi le 21 novembre 2006 la conclusion suivante:

"Monsieur T._____ exerçait son activité de maçon indépendant au sein d'une petite entreprise individuelle.

Il a cessé toute activité professionnelle depuis le 30.09.2005 et l'inscription de son entreprise a été radiée du RC à cette date.

Son état de santé ne lui permet plus de travailler physiquement sur les chantiers mais sa capacité de travail devrait se rapprocher de la norme dans une activité adaptée.

Sa formation de chef de chantier date de l'année 1981 et il ne s'est jamais mis à l'outil informatique, ce qui ne lui permet pas d'envisager de décrocher sans autre un poste de technicien ou de métreur dans une entreprise de taille moyenne à grande.

L'examen de mesures de reclassement devrait être entreprise au plus vite par la division réadaptation de notre Office afin de permettre à l'intéressé de récupérer une certaine capacité de gains.

Comme relevé ci-dessus, le revenu hypothétique sans atteinte à la santé peut être estimé à Sfr. 84'468.- (valeur 2004)."

Dans un rapport d'examen du SMR du 22 novembre 2006, le Dr B._____ a considéré que l'insuffisance hépatique, le traitement instauré ainsi que les troubles neurologiques (polyneuropathie des membres inférieurs) pouvaient rendre compte d'une certaine fatigabilité et contre-indiquaient une activité de maçon lourde, parfois en hauteur sur des échafaudages. En revanche, toute activité administrative, de gestion ou de surveillance d'un chantier, n'exigeant pas de port de charges de plus de 10-15 kg, restait exigible à 80% au moins; la perte de rendement de 20% s'expliquait par l'asthénie et la fatigabilité. Ainsi, aucune raison ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr N._____, qu'il qualifiait de médicalement probante.

Un complément d'enquête économique pour les indépendants a été requis, tendant à fixer le revenu sans invalidité en référence aux revenus perçus par l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le service des enquêtes de l'OAI s'est référé à la comptabilité transmise par l'assuré et a, dans son complément du 18 avril 2007, chiffré le revenu hypothétique brut sans invalidité à 39'503 fr., correspondant à la moyenne des années 2001 à 2004.

B. L'assuré a été hospitalisé du 1^{er} octobre au 10 octobre 2007 dans le service de médecine interne des EHNV. Dans le rapport médical du 16 octobre 2007 à la Dresse V._____, il était fait état de troubles cognitifs sévères et de troubles de dénomination. L'IRM cérébrale effectuée le 4 octobre 2007 avait démontré une atrophie cortico-sous-corticale diffuse mais ne donnait pas d'explication pour les troubles cognitifs importants que présentait l'assuré. L'évolution clinique a été favorable sous traitement d'Importal avec disparition des troubles visuels et une nette amélioration des troubles cognitifs. L'évaluation neuropsychologique a confirmé des troubles cognitifs dans le contexte d'une encéphalopathie hépatique avec un déficit frontal, un déficit exécutif et attentif. Le patient présentait désormais une cirrhose hépatique Child-Pugh C.

Selon une fiche d'entretien téléphonique du 20 novembre 2007 au dossier, la Dresse V._____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré se péjorait; il avait constamment des ascites (le tour de taille augmentait en deux jours et il pouvait prendre 5 kg) et souffrait de polyneuropathies alcooliques qui se manifestaient par des parésies au niveau de la vision (par moment il ne voyait plus rien), du visage et des membres inférieurs (marche saccadée). Il était inscrit sur une liste d'attente pour une transplantation, mais comme son taux de coagulation était quasiment nul, elle ignorait comment une opération pouvait se faire. Il ne pouvait dès lors être exigé de l'assuré de reprendre une activité, en raison d'une atteinte neurologique grave, d'une capacité de concentration nulle et de l'obligation de tout écrire dans la mesure où il oubliait tout.

Le 28 novembre suivant, au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI, l'assuré a fait part de sa contrariété; il a indiqué que tant sa santé que ses finances allaient mal, de sorte qu'il attendait l'octroi d'une rente très rapidement. Contactée par téléphone le même jour, la Dresse V._____ a informé l'OAI que l'assuré avait fait un coma hépatique (et non éthylique puisqu'il ne buvait plus depuis un bon moment) trois semaines plus tôt, entraînant une hospitalisation de quinze jours à [...]. Son status neurologique était catastrophique et seule une transplantation du foie pouvait améliorer les choses.

En raison des nombreuses hospitalisations au cours de l'année 2007 et de l'apparition de troubles cognitifs, le SMR a proposé, par avis médical du 4 décembre 2007, de réaliser une nouvelle évaluation neuropsychologique à distance de l'événement aigu et de déterminer la capacité de travail résiduelle.

Lors d'un entretien téléphonique du 5 décembre 2007 avec l'OAI, le service de médecine interne de l'Hôpital de [...] a indiqué que les résultats de l'examen neuropsychologique étaient en rapport avec l'épisode aigu du mois d'octobre, qu'il en était resté de petits déficits cognitifs mais pas de Korsakoff, et qu'il n'était pas nécessaire de procéder à un nouvel examen maintenant.

L'assuré s'est présenté le 13 mai 2008 à l'Hôpital de [...] pour une faiblesse musculaire principalement au niveau des membres inférieurs associée à des crampes musculaires; il a séjourné dans le service de médecine interne jusqu'au 20 mai 2008.

L'OAI a requis du médecin traitant de le renseigner sur l'évolution de l'état de santé de son patient. Dans son rapport médical du 25 novembre 2008, la Dresse V._____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de cirrhose hépatique de stade Child-Pugh C, d'anémie et de coagulation déficiente. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon depuis le 1^{er} octobre 2005 et estimé que l'assuré n'était plus apte à travailler.

Dans un avis médical du 6 janvier 2009, le Dr P._____, médecin au SMR, s'est exprimé comme il suit:

"Suite à l'avis médical SMR en date du 04.12.07 mentionnant des complications de la cirrhose hépatique dont une encéphalopathie en octobre 2007 des compléments d'information ont été demandés. Le service de médecine de l'hôpital de [...] nous confirme un épisode de coma hépatique en septembre 2007, l'apparition de troubles type encéphalopathie en octobre 2007 outre les hémorragies digestives opérées en 2005 et 2006. Il est également noté une baisse de l'état général avec faiblesse musculaire. Son médecin généraliste nous fait également part de l'ascite et de la lente continuelle dégradation de cet assuré.

Une CT de 80% avait été admise en 2006 dans une activité adaptée. Cette position doit être rectifiée à partir du mois de septembre 2007 (survenue du coma hépatique) avec une capacité nulle pour toute activité.

La demande de greffe hépatique a peu de chance de se réaliser chez cet assuré qui semble ne pas avoir cessé ses consommations alcooliques."

La Division réadaptation de l'OAI a examiné le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel (cf. rapports finaux des 6 et 21 janvier 2009). Le revenu sans invalidité a été estimé à 40'376 fr. 80, correspondant à la moyenne des revenus des quatre dernières années (2001 à 2004) après indexation à l'évolution des salaires pour l'année 2006. Le revenu d'invalidité était nul depuis septembre 2007. Pour la période courant de mars 2006 (date du début de l'aptitude à la réadaptation) à août 2007, le revenu d'invalidité a été évalué conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle référence peut être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. A cet égard, la Division réadaptation a retenu que, compte tenu du fait que l'assuré réalisait des gains annuels relativement faibles depuis plusieurs années et ceci malgré une formation professionnelle certifiée, des mesures d'ordre professionnel n'auraient très certainement pas pu être mises en place. Elle ajoutait que ses qualifications professionnelles auraient pu lui permettre de prétendre à des revenus plus élevés et le fait que l'assuré ne les ait pas mis en valeur à travers son activité professionnelle antérieure à son atteinte à la santé

ne dépendait pas de son état de santé. Partant, le salaire à retenir se référait à une activité non qualifiée, simple et répétitive dans le secteur privé (ESS 2004, TA1; niveau de qualification 4). En tenant compte d'une capacité de travail de 80%, le salaire exigible pour la période courant de mars 2006 à août 2007 était ainsi de 46'819 francs.

C. Le 21 janvier 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) d'acceptation de rente, dont la teneur était la suivante:

"[...] Depuis le 15 juin 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements médicaux en notre possession, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail entière dans l'exercice de votre profession habituelle de maçon indépendant. Toutefois, une capacité de travail de 80% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité légère de gestion ou de surveillance d'un chantier n'exigeant pas le port de charges de plus de 10 kg.

Nous avons dès lors évalué votre préjudice économique.

[...] Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46'819.-.

Selon l'enquête économique réalisée sur place et plus particulièrement d'une moyenne de vos revenus, nous obtenons un revenu sans atteinte à la santé de Fr. 40'377 pour l'année 2006.

Nous constatons dès lors que vous ne présentez aucun préjudice économique vous ouvrant le droit à une rente de l'AI.

Suite à une aggravation de votre état de santé, nous avons repris l'instruction de votre dossier.

Sur la base de ces nouveaux renseignements, nous constatons que vous présentez depuis le mois de septembre 2007 une incapacité de travail entière dans toute activité lucrative.

A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [...], soit le mois de septembre 2008, votre incapacité de travail et de gain est de 100% ce qui en l'espèce vous ouvre le droit à une rente entière de l'AI.

Notre décision est par conséquent la suivante:

- Dès le 01.09.2008, vous avez droit à une rente entière de l'AI."

L'assuré, par l'intermédiaire de la fiduciaire [...] SA, a fait part de ses objections relatives au projet de décision par "recours" du 18 février 2009. Il soutenait qu'il convenait de fixer le début du droit à la rente à la date correspondant à la fin des indemnités perte de gain versées par W._____, soit le 16 mai 2007.

Par lettre du 12 juin 2009 adressée à la fiduciaire [...] SA, l'OAI a indiqué que le début du droit à la rente AI n'avait aucun lien avec la fin des prestations de l'assurance perte de gain. Il a exposé que l'incapacité de travail de l'assuré avait débuté en avril 2005, qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, l'incapacité était toujours entière dans la profession de maçon, mais qu'une capacité de travail de 80% était exigible dans une activité adaptée. En l'absence de préjudice économique, et donc d'invalidité, le droit à la rente ne pouvait prendre naissance à cette date. L'état de santé s'étant notablement aggravé dès le mois de septembre 2007, entraînant une incapacité de travail complète dans toute activité, le droit à la rente était ouvert dès le 1^{er} septembre 2008, soit à l'échéance du délai de carence d'une année. Au terme de son courrier, l'OAI maintenait sa position et indiquait qu'une décision formelle d'octroi de rente conforme au préavis et sujette à recours serait prochainement notifiée.

Le 6 août 2009, l'OAI a rendu une décision formelle d'octroi de rente d'invalidité, dont la teneur correspondait à celle du préavis du 21 janvier 2009. La rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, l'échelle de rente 44 et un revenu annuel moyen déterminant de 86'184 fr., s'élevait à 2'210 fr. dès le 1^{er} septembre 2008, et à 2'280 fr. dès le 1^{er} janvier 2009.

D. T._____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales par acte daté du 4 août 2009, reçu le 7 septembre 2009. Il fait valoir en substance que la rente entière d'invalidité doit lui être allouée dès le 1^{er} octobre 2006, et non dès le 1^{er} septembre 2008, au motif qu'entre ces deux dates, il ne lui était pas possible de travailler à 80%. Il reproche également à l'OAI de lui octroyer une rente

d'un montant insuffisant pour vivre, et exige le versement d'une rente mensuelle de 3'900 fr., compte tenu du revenu annuel d'invalidé fixé à 46'819 francs. Il soutient finalement que la Dresse V._____ est la plus à même à donner un avis sur son état de santé et requiert que cette dernière soit interpellée.

Dans sa réponse du 7 décembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il rappelle la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée retenue par le Dr N._____ au terme de son rapport d'expertise, lequel remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il énonce finalement que, présentant une incapacité de travail totale dans toute activité dès septembre 2007, le recourant ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité avant le 1^{er} septembre 2008.

Dans sa réplique du 12 janvier 2010, le recourant reproche à l'intimé de lui reconnaître une capacité de travail de 80% sur la base de l'avis du Dr N._____ alors qu'à cette période, il était à l'assurance pour une incapacité de travail totale, comme l'atteste son médecin traitant, qu'il estime plus apte à constater son état de santé que le Dr N._____. Il produit différents certificats médicaux établis par la Dresse V._____.

Par duplique du 1^{er} février 2010, l'OAI maintient sa position. Il constate en outre que les certificats médicaux produits par le recourant n'apportent aucun élément médical susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr N._____.

Le 8 mai 2010, dans des observations complémentaires, le recourant sollicite l'organisation d'un rendez-vous entre le Dr N._____, la Dresse V._____, un représentant de l'OAI et lui-même, afin de discuter "de vive voix".

Interpellé sur le calcul du montant de la rente du recourant, l'OAI produit céans, le 18 mai 2011, la détermination de la Caisse de compensation des entrepreneurs du 13 mai 2011 ainsi que le dossier

complet de l'assuré. La Caisse relève que le recourant est au bénéfice d'une rente maximale, n'ayant pas de lacunes de cotisations.

Un délai a été fixé au recourant pour consulter le dossier de la Caisse de compensation et déposer ses déterminations. Il n'en a pas fait usage.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions 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. 57a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 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).

b) La Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) - par T. _____ à l'encontre de la décision rendue le 6 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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 (cf. ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période courant du 1^{er} octobre 2006 au 31 août 2008 et, d'autre part, sur le montant de la rente d'invalidité allouée dès le 1^{er} septembre 2008, singulièrement sur son calcul.

3. a) A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) - cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart

de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il était invalide à 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (let. b) (RO 1987 p. 449).

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. 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). 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'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 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 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 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

c) 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).

4. L'intimé considère que les éléments du dossier ne lui permettent pas de retenir, avant le 1^{er} septembre 2008, un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente AI. Il se réfère particulièrement à l'expertise médicale réalisée par le Dr N. _____ le 20 septembre 2006, aux termes de laquelle il existe une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette appréciation, au motif que son médecin traitant atteste d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} octobre 2005.

a) Dans le rapport d'expertise médicale du 27 septembre 2006, le Dr N. _____ explique l'incapacité de travail du recourant par une cirrhose hépatique d'origine éthylique initialement Child-Pugh B, s'étant manifestée pour la première fois en avril 2005 à l'occasion d'une hématomèse sur varices oesophagiennes de stade I à II. Il retient un nouvel épisode d'hématomèse sur varices oesophagiennes de stade III traitées par ligatures élastiques, en avril 2006. Il relève l'absence de récurrence d'hémorragie et l'évolution favorable avec amélioration hépatique constatée par le Centre de transplantation du CHUV en juin 2006. Il admet ainsi que la cirrhose hépatique est au stade Child-Pugh A et reconnaît une polyneuropathie modérée des membres inférieurs. Il conclut qu'une capacité de travail ne dépassant pas 20% doit être admise dans l'activité

habituelle de l'assuré (maçon) mais qu'une capacité de travail est exigible à 80% dans toute activité légère à moyennement lourde, évitant les échafaudages.

L'appréciation du Dr N._____ s'accorde sur les avis du médecin traitant et des autres spécialistes préalablement consultés. En effet, dans un rapport (lettre de sortie) du 19 juillet 2005, le Dr X._____ diagnostique une ascite sur décompensation de cirrhose de stade Child-Pugh B. A la requête de l'OAI, la Dresse V._____ établit un rapport le 27 décembre 2005 qui retient les diagnostics de cirrhose hépatique, grave trouble de la coagulation, dyspnée d'effort et varices oesophagiennes. Elle atteste une incapacité de travail totale du 17 juin au 4 juillet 2005 et dès le 21 juillet 2005, sans se prononcer sur les limitations fonctionnelles mais en précisant que la capacité professionnelle devra être réévaluée en cas de réussite d'une greffe du foie. Dans le rapport du 20 mars 2006, qui fait suite à la consultation pré-transplantation hépatique, les médecins du Centre de transplantation du CHUV posent le diagnostic de cirrhose hépatique d'origine éthylique de stade Child-Pugh B. Ils constatent une amélioration de l'état de santé somatique ainsi que sur le plan de la thymie. Dans un courrier du 29 juin 2006 adressé à la Dresse V._____, ces médecins font état d'une amélioration de l'hépatopathie après diminution de la consommation éthylique; ils retiennent une cirrhose de stade Child-Pugh A et renoncent à la transplantation.

Dans le rapport d'examen du SMR du 22 novembre 2006, le Dr B._____ fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr N._____. Il considère que l'insuffisance hépatique, le traitement instauré et les troubles neurologiques contre-indiquent la poursuite de l'activité habituelle mais qu'une activité administrative, de gestion ou de surveillance d'un chantier, n'exigeant pas de port de charges de plus de 10-15 kg, reste exigible à 80%, compte tenu de l'asthénie et de la fatigabilité.

b) Cela étant, la capacité de travail raisonnablement exigible de la part du recourant - jusqu'au 31 août 2008 - n'a été appréciée que

par le Dr N._____, puis corroborée par le rapport d'examen du Dr B._____. La Dresse V._____ n'a retenu qu'une incapacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2005 dans l'activité habituelle de maçon, sans énoncer de limitations fonctionnelles ni se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée. A cet égard, elle a indiqué qu'une évaluation de la capacité de travail devrait avoir lieu après la greffe du foie, laquelle n'a cependant pas été réalisée.

Il s'ensuit que le rapport du 27 décembre 2005 de la Dresse V._____ ne revêt pas la valeur probante que l'on peut attribuer à l'expertise du Dr N._____. Ce rapport n'est que sommairement motivé; il ne précise pas en quoi l'atteinte à la santé justifierait une incapacité totale de travail. Au contraire, le Dr N._____ énonce les limitations fonctionnelles engendrées par l'état de santé du recourant et expose quelle activité peut être raisonnablement exigée de l'assuré. Son expertise est détaillée et remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). En effet, les conclusions du rapport se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, le dossier médical transmis par le médecin traitant et un entretien avec le recourant. Il intègre une anamnèse complète du recourant et fait état notamment de son status neurologique. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. L'appréciation de la situation médicale est claire. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, sont dûment motivées et convaincantes.

c) A l'aune de ce qui précède, il n'existe aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr N._____. De surcroît, il n'y a pas lieu de reconnaître l'existence d'une atteinte à la santé invalidante avant le mois de septembre 2007. En effet, à la lecture du dossier, il appert qu'aucun avis médical rendant vraisemblable une aggravation de l'état de santé n'a été produit dans l'intervalle.

Si l'on se réfère à l'avis du SMR du 6 janvier 2009, un épisode de coma hépatique est survenu en septembre 2007 et des troubles type

encéphalopathie sont apparus en octobre 2007. Le rapport médical des EHNV du 16 octobre 2007 fait état de troubles cognitifs sévères et de troubles de dénomination. Le diagnostic de cirrhose hépatique Child-Pugh C est désormais posé. La Dresse V. _____ mentionne des parésies au niveau de la vision et du visage, une capacité de concentration nulle et un status neurologique catastrophique. Ces atteintes n'existaient pas lors de l'expertise du Dr N. _____, lequel retenait, au terme de son rapport du 27 septembre 2006, un handicap intéressant la force, l'endurance et le travail sur échafaudages.

Force est dès lors de constater que la péjoration de l'état de santé du recourant n'est survenue qu'en septembre 2007. Il convient ainsi d'admettre, au même titre que l'intimé, que le recourant présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée jusqu'en septembre 2007. A cet égard, on précisera que l'argument invoqué par le recourant, soit le fait qu'il percevait des indemnités de l'assurance perte de gain jusqu'au 16 mai 2007, n'est pas de nature à jouer un rôle dans la décision d'octroi ou de refus de prestations de l'Al.

d) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à interpeller son médecin traitant et à l'organisation d'un rendez-vous avec le Dr N. _____, la Dresse V. _____ et l'intimé. En effet, si l'administration ou le juge (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"; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence).

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA).

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé ne prête pas flanc à la critique et n'est d'ailleurs pas discutée dans le présent recours. Au demeurant, le recourant se réfère – certes à tort (cf. consid. 7.c *infra*) – au revenu d'invalidé fixé par l'OAI pour faire valoir son droit à la rente d'invalidité. Partant, sur la base d'un revenu annuel d'invalidé de 46'819 fr. et d'un revenu sans invalidité de 40'377 fr., on constate que le recourant ne présente aucun préjudice économique lui ouvrant le droit à une rente AI.

Dans ces conditions, l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à la rente AI jusqu'au 31 août 2008. En effet, en reconnaissant une atteinte à la santé invalidante dès le mois de septembre 2007, le droit à la rente ne prenait naissance qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI), soit au 1^{er} septembre 2008 au plus tôt.

6. Le recourant reproche à l'intimé de lui allouer une rente AI dont le montant lui est insuffisant pour vivre et exige le versement d'une rente mensuelle de 3'900 francs. Il convient dès lors de déterminer si le montant de la rente entière d'invalidité tel qu'il a été calculé par l'intimé est conforme au droit.

a) Conformément à l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10) - en particulier les art. 29bis ss - sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

En vertu de l'art. 29bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS). Sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29bis al. 2 let. a LAVS). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale (art. 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.101]).

b) Selon l'art. 29quater LAVS, la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen (ci-après: RAM). Celui-ci se compose notamment des revenus de l'activité lucrative (cf. art. 29quater let. a LAVS), sur lesquels des cotisations ont été versées (art. 29quinquies al. 1 LAVS).

Dans un premier temps, la somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33ter LAVS. L'Office fédéral des assurances sociales fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus provenant de l'activité lucrative (art. 30 al. 1 LAVS; 51bis al. 1 RAVS). Pour déterminer les facteurs de revalorisation, on divise l'indice des rentes selon l'art. 33ter al. 2 LAVS par la moyenne - pondérée par le facteur 1,1 - des indices des salaires de toutes les années civiles inscrites depuis la première inscription dans le compte individuel de l'assuré jusqu'à l'année précédent la survenance du cas d'assurance (art. 51bis al. 2 RAVS).

Dans un second temps, la somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative et les bonifications pour tâches éducatives ou tâches d'assistance sont divisées par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS). Dans le but de combler des lacunes de cotisations, on tient également compte des années de cotisations ajoutées conformément à l'art. 52b RAVS (périodes de cotisations accomplies avant la 20^e année de l'assuré) ainsi que des périodes de cotisations et des revenus correspondants pris en compte en vertu de l'art. 52c RAVS (périodes de cotisations dans l'année de la naissance du droit à la rente) (art. 51 al. 2 RAVS).

c) Le Conseil fédéral établit, pour déterminer les rentes, des tables dont l'usage est obligatoire. Il peut arrondir le revenu déterminant et les rentes à un montant supérieur ou inférieur. Il peut régler la prise en compte des fractions d'années de cotisations et des revenus d'une activité lucrative y afférents et prévoir que la période de cotisation durant laquelle l'assuré a touché une rente d'invalidité et les revenus obtenus durant cette période ne seront pas pris en compte (art. 30bis LAVS).

Il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral règle les détails (art. 30ter al. 1 LAVS).

7. Le dossier de la Caisse de compensation des entrepreneurs, produit par l'OAI, contient de nombreuses indications chiffrées sur la situation du recourant.

a) Le recourant, né le [...] 1957, a atteint l'âge de 20 ans révolus le [...] 1977. L'événement assuré est survenu en septembre 2008. Dans ces circonstances, seules les périodes de cotisations AVS/AI entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2007 sont prises en considération pour la détermination des années de cotisations (art. 29bis al. 1 LAVS).

Pour déterminer l'échelle de rente, il convient tout d'abord de définir la période d'assurance de la classe d'âge du recourant. Selon les tables de rentes 2007 (valables du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008) établies par l'Office fédéral des assurances sociales, cette période est de 30 ans pour les personnes nées en 1957, lorsque le cas d'assurance est survenu en 2008. Il ressort des comptes individuels du recourant que sa période d'assurance est de 30 ans, entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2007. Présentant ainsi le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge, la rente qui lui revient doit être déterminée selon l'échelle de rentes contenant le montant des rentes complètes, soit l'échelle 44.

b) Cela étant, il convient de déterminer le revenu annuel moyen du recourant.

A cette fin, tous les revenus soumis à cotisations, hormis ceux perçus après la survenance de l'atteinte à la santé invalidante (art. 52c RAVS), doivent être pris en considération (art. 29quater let. a et 29quinquies al. 1 LAVS). En l'occurrence, la somme de ces revenus s'élève, compte tenu des montants ressortant des comptes individuels, à 2'241'408 francs.

Selon les tables de rentes 2009 (le facteur forfaitaire de revalorisation pour l'année 2008 ne figurant pas dans les tables de rentes 2007), le facteur forfaitaire de revalorisation est de 1.101 (art. 30 al. 1 et 33ter LAVS; 51bis al. 1 RAVS); la somme des revenus soumis à cotisations est ainsi de 2'467'790 fr. 20 (2'241'408 fr. x 1.101).

Une fois ce montant établi, il convient de le diviser par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS) - en l'espèce 30 - sans qu'il y ait besoin d'ajouter les revenus soumis à cotisation perçus avant l'âge de 20 ans (art. 52b RAVS). Le RAM déterminant correspond ainsi au montant arrondi de 82'260 fr. (2'467'790 fr. : 30).

Conformément aux tables de rentes 2007 et l'échelle de rente 44, un RAM de plus de 79'560 fr. par an donne droit à une rente mensuelle de 2'210 francs. Selon les tables de rentes 2009, un RAM de plus de 82'080 fr. par an donne droit à une rente mensuelle de 2'280 francs.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la détermination de la rente d'invalidité mensuelle est conforme au droit et qu'aucun élément n'a été omis dans le calcul.

Le recourant se méprend lorsqu'il calcule sa rente AI en se basant sur le revenu annuel d'invalidé fixé par l'OAI. Comme démontré ci-dessus, le montant de la rente est fonction du nombre d'années de cotisation et du montant de ces cotisations, et non du revenu auquel il pourrait prétendre une fois l'atteinte invalidante survenue.

Le recourant n'a pour le surplus pas présenté d'autres arguments pour contester les éléments de calcul et ne s'est pas déterminé après le dépôt du dossier de la Caisse de compensation.

On précisera finalement que le recourant est au bénéfice d'une rente maximale, celle-ci étant plafonnée à 2'210 fr. pour l'année 2008 et à 2'280 fr. pour les années 2009 et 2010. Si, comme il l'allègue, ce montant lui est insuffisant pour vivre, il lui est possible de déposer une demande de prestations complémentaires auprès de l'agence AVS de son domicile ou auprès de la caisse de compensation cantonale.

8. a) Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'AI 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. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de

justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant T._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T._____
- 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 :