

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Rothenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, marié et père de trois enfants, a travaillé en qualité de maçon entre 2010 et 2012 auprès de différentes entreprises. Selon l'extrait de son compte individuel, il n'a plus travaillé depuis le mois de novembre 2012.

Le 26 mars 2013, l'assuré est tombé d'un toit. Souffrant d'un traumatisme cranio-cérébral, il a été transporté par [...] au [...] où il a séjourné dans le service de neurochirurgie du 26 mars au 17 avril 2013. Il a ensuite été transféré à [...], où il est resté jusqu'au 24 avril 2013.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2013, les médecins du service de neurochirurgie [...] (Drs Q.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, spécialistes en neurochirurgie, Dr W.\_\_\_\_\_, médecin assistante) ont décrit les atteintes subies par l'assuré à la suite du traumatisme cranio-cérébral dans les termes suivants :

"(...)

- fracture temporale gauche,
- hématome extradural temporal gauche, hémorragie sous arachnoïdienne inter-pédonculaire et opto-chiasmatique,
- fracture malaire gauche et de la paroi latérale de l'orbite à gauche avec hématome intra-orbitaire gauche non compressif,
- fracture de la base du crâne passant par un canal carotidien, sans dissection associée,
- fracture du foramen jugulaire avec déchirure du golf à droite,
- fracture du rocher droit trans-labyrinthique avec luxation incudostapédienne : cophose droite et atteinte vestibulaire,
- fracture des deux condyles occipitaux,
- fracture du pédicule droit L1

(...)".

Dans la rubrique "Synthèse-évolution et discussion", ils ont en outre indiqué ce qui suit :

"Aux soins intensifs, l'évolution est favorable et le patient est extubé le 27.03.2013.

En raison d'une diplopie avec un chémosis important de l'oeil gauche, une consultation ophtalmologique a été demandée et

conclu à un hématome en voie de résorption au niveau intra orbitaire gauche avec des signes de neuropathie optique. Une IRM cérébrale a été effectuée ne montrant pas d'atteinte du nerf optique, ni de compression du chiasma optique. Un suivi a été effectué avec une évolution favorable avec une augmentation de l'acuité visuelle. Le patient se plaint toujours en fin de séjour d'une diplopie dans les regards excentrés. Un prochain rendez-vous est prévu à l'hôpital [...] le 14.06.2013 avec un examen orthoptique et un champ visuel par Octopus.

Un traitement de Betaserc® avait été initié avec une amélioration de la marche, mais le patient a par la suite refusé de prendre ce traitement.

Un avis maxillo-facial a été demandé pour la fracture malaire gauche et de la paroi latérale de l'orbite à gauche. Ils ont conclu, au vu de l'IRM cérébrale qui ne montre pas d'atteinte du nerf optique ou de compression par l'hématome intra-orbitaire, que la baisse de la vision n'est donc pas imputable à cet hématome et qu'il n'y a donc pas d'indication de drainage. Le patient doit éviter le mouchage et il aura un prochain contrôle à la consultation du Dr [...] le 03.05.2013 à 09h30. Un avis neurologique a été demandé au vu de la thrombose du sinus sigmoïde droit et de la veine jugulaire post traumatique. Ils retiennent une indication à une anti-coagulation thérapeutique à maintenir pour trois mois et de répéter une IRM cérébrale à trois mois avec un contrôle clinique à la consultation des maladies cérébro-vasculaires. Une anti-coagulation thérapeutique a pu être débutée à distance de l'accident. L'anti-coagulation a été débutée le 04.04.2013 avec un INR thérapeutique à partir du 07.04.2013.

Le patient a eu une évaluation neuropsychologique. L'examen neuropsychologique date du 05.04.2013 et conclut à un défaut modéré de mémoire à court terme, une performance faible en mémoire antérograde verbale, un manque d'incitation comportemental, un ralentissement psychomoteur modéré et une fatigabilité intellectuelle. Par la suite, le patient s'est amélioré, mais garde toujours un ralentissement psychomoteur, probablement présent avant sa chute.

Concernant sa fracture du rocher, le patient a été évalué par les ORL. Un audiogramme a été effectué montrant une surdité complète de perception, irréversible ainsi qu'une atteinte du nerfs (sic) vestibulaire droite. Il n'a pas présenté d'atteinte du nerf facial.

Du point de vue de la marche, le patient présente des troubles vestibulaires avec, lors de la marche en étoile, une déviation vers la droite. Il a, de plus, un Halmagyi positif à droite. Les examens caloriques n'ont pas pu être effectués au vu d'une perforation tympanique. A l'otoscopie du 23.04.2013, la perforation tympanique droite est toujours présente, le patient doit éviter de mettre de l'eau dans ses oreilles et protéger avec du coton avec de la vaseline ou une boule quies. Il sera revu à la consultation du Dr. [...] le 14.05.2013.

Le patient s'est nettement amélioré, mais garde toujours un trouble de l'équilibre, surtout en unipodal.

Le patient a été évolué par les physiothérapeutes qui, au vu des risques de chute, du jeune âge du patient, il est décidé d'inscrire le patient dans un centre de réhabilitation neurologique pour de la rééducation vestibulaire.

Le patient n'étant pas assuré au niveau accident, il a fallu attendre plusieurs semaines que son assurance maladie fasse une assurance accident rétroactive".

Le 29 juillet 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation auprès de [...], a établi un certificat médical indiquant que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 26 mars 2013, le travail pouvant être repris à 50% dès le 31 juillet 2013.

Le 2 octobre 2013 l'assuré, par l'intermédiaire du CSR de Morges, a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). On peut y lire ce qui suit quant au motif de l'incapacité de travail :

"M. a eu un accident au mois de mai 2013. Suite à cet accident M. a à plusieurs reprises des vertiges ce qui l'empêche actuellement de reprendre son emploi de maçon."

Il ressort d'un rapport initial établi le 24 octobre 2014 par l'OAI que l'assuré avait beaucoup de vertiges, mais qu'il avait déjà repris cette activité à 100% en tant qu'intérimaire. L'intéressé ne signalait pas de difficultés particulières, exposant sentir à l'avance lorsqu'il risquait d'avoir des vertiges. Il était toutefois intéressé à trouver un travail moins lourd, à la suggestion de son médecin.

Le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est prononcé sur la situation de l'assuré dans un avis médical du 30 octobre 2013, relevant que la situation s'était légèrement améliorée, mais qu'il semblait peu probable que l'intéressé retrouve une capacité de travail entière dans son activité habituelle. Il a par conséquent préconisé le dépôt d'une demande AI.

L'assuré a déposé une telle demande le 18 novembre 2013, exposant qu'il était tombé d'un toit et qu'il était suivi par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, pour les suites de cet accident.

Dans un rapport du 19 décembre 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral "avec lésions fronto-basales, hématome extradural temporal gauche, hémorragie sous-arachnoïdienne ainsi que fracture temporale gauche, fracture malaire gauche, hématome intra-orbitaire gauche, fracture de la base du crâne, fracture du rocher droit et fractures des deux condyles occipitaux ainsi que fracture du pédicule droit de L1". Ce praticien a relevé, que l'évolution était favorable sur les plans neurologique et neuropsychologique, les derniers examens conduits le 4 octobre 2013 étant dans les limites de la norme. L'évolution était également satisfaisante s'agissant de la neuropathie optique traumatique, légère avec un minime scotome central persistant, l'acuité visuelle étant préservée lors d'un examen du 25 octobre 2013. D'un point de vue oto-rhino-laryngologique, une perforation tympanique résiduelle droite persistait à la suite de la fracture du rocher trans-labyrinthique à droite. Retenant que l'assuré exerçait une activité de carreleur, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il existait une capacité de travail entière dans cette activité depuis mi-septembre 2013.

Le 10 janvier 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics suivants avec effets sur la capacité de travail :

"Status post-traumatisme crânio-cérébral le 26 mars 2013 avec un hématome extradural temporal gauche, une hémorragie sous-arachnoïdienne inter-pédonculaire et optio chiasmatique. Avec aussi une fracture temporale gauche, fracture malaire gauche et de la paroi latérale de l'orbite à gauche avec hématome intro-orbitaire gauche non compressif, et une fracture de la base du crâne passant par un canal carotidien, sans dissection associée, fracture du foramen jugulaire avec déchirure du golf à droite, fracture du rocher droit trans-labyrinthique avec luxation incudo-stapédienne et fracture des deux condyles occipitaux-  
Fracture du pédicule droit de L1  
Status post neuropathie optique.  
Status post thrombose de la veine jugulaire interne.  
Surdité de perception droite complète irréversible.  
Atteinte vestibulaire droite.  
Le 11 octobre 2013, on constatait encore une faiblesse des capacités attentionnelles divisées, et une certaine atteinte encore des capacités en mémoire antérograde verbale.  
(...)"

Ce praticien a par ailleurs notamment relevé qu'une cophose droite et une neuropathie optique mériteraient une évaluation plus spécifique sur les répercussions que ces deux pathologies avaient sur sa capacité de travail, en particulier par un spécialiste. La reprise d'une activité était envisageable sur le plus long terme, les troubles de l'équilibre ayant régressé en quelques mois.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ s'est prononcé dans un avis médical du 5 février 2014, retenant que les troubles de l'équilibre de l'assuré avaient disparu et qu'il présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, à l'exclusion d'une atteinte à la santé durablement incapacitante.

Dans un document interne intitulé "IP-Proposition de DDP", l'OAI a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle depuis le 4 octobre 2013 et qu'il n'y avait ainsi aucune atteinte invalidante durable, de sorte qu'il clôturait le mandat d'intervention précoce.

Le 5 mai 2014, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au rejet de la demande de prestations de l'assuré, considérant que l'évolution favorable de son état de santé lui avait permis de recouvrer une pleine capacité de travail depuis le 4 octobre 2013, de sorte qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier non daté, mais indexé le 23 mai 2014.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a produit le 12 août 2014 un rapport ayant la teneur suivante :

"(...) Le Dr L.\_\_\_\_\_ a réévalué ce patient le 24 juin 2014. Les céphalées n'ont pas pu être mises en rapport avec une pathologie spécifique, mais restent présentes une dizaine de fois par mois. Les plaintes sont alors mises en rapport avec une sensation d'insécurité en rapport avec les troubles de l'équilibre.

Le patient a été vu le 9 juillet 2014 au [...] en Otoneurologie ce qui a permis de confirmer le diagnostic de déficit cochléo-vestibulaire droit profond secondaire à la fracture du rocher de 2013. Les examens ont amené mon confrère spécialiste à prescrire une physiothérapie vestibulaire.

Malheureusement à ce jour qu'une seule séance a pu avoir lieu, donc les bénéfices ne sont pas encore évaluables.

En conclusions une réévaluation au terme des séances de physiothérapie pourrait être justifiée.  
(...)"

Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au sein du SMR, a pris position dans un avis médical du 3 septembre 2014, relevant que l'assuré semblait avoir présenté une évolution défavorable mais que les plaintes rapportées ne devaient *a priori* pas affecter sa capacité de travail à long terme. Il a toutefois préconisé un complément d'instruction par l'interpellation du Dr L.\_\_\_\_\_ et du médecin responsable du suivi de l'assuré au sein du service d'oto-rhino-laryngologie du [...].

Le 11 septembre 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a produit un rapport notamment libellé comme suit :

**"(...) 2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?**

Lors de la consultation du 24 juin 2014, le patient rapporte au cours de l'année 2014, des sensations de type oscillation du regard de brève durée, s'accompagnant d'une instabilité ainsi que parfois d'une sensation de vertige rotatoire aux mouvements rapides de la tête, ainsi que de quelques céphalées.

A l'examen clinique du 24 juin 2014, patient collaborant, sans ralentissement, sans trouble du langage ni de la compréhension, pas toujours précis dans le rappel anamnestique. Pas d'hypertonie axiale ni de signe méningé. Pas d'amputation du champ visuel. Pas de trouble oculomoteur, léger nystagmus latéralité à droite épuisable. Pas d'hypoesthésie faciale ni d'asymétrie faciale. Hypoacousie droite, dernière paires crâniennes sp. L'épreuve des bras tendus est stable, sans parésie au testing musculaire ; pas de trouble de la motilité fine ; épreuve doigt-nez-doigt et diadococinésie sp. En station debout stable y compris à la marche sur une ligne et à l'épreuve de Romberg. L'épreuve de Simon est négative ddc.

Plus d'un an après son traumatisme crânio-cérébral, Monsieur ne garde quasiment pas de séquelles sauf les conséquences de la fracture du rocher droit, la situation reste favorable, comme mentionné en décembre 2013.

Par rapport à ces épisodes d'oscillation, le patient a du (sic) être revu en consultation ORL le 9 juillet 2014, au [...].

**3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?**

A 100% dès la mi-septembre 2013 comme mentionné dans le rapport du 19 décembre 2013.

(...)"

Répondant à une demande de rapport médical détaillé de l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a établi un rapport le 6 octobre 2014, dans lequel on peut en particulier lire ce qui suit :

"(...)

(Réd. : symptômes actuels)

3.2 Trouble de l'équilibre épisodique, insécurité lors des changements de position de la tête, impossibilité de travailler en équilibre avec mobilité de la tête en même temps. Perte de l'acuité auditive en voie d'être supplée (sic) par un appareillage.

(...)

(Réd. : Synthèse/Evolution de la pathologie/Retentissement sur l'état de santé/Déficits fonctionnels/ (...))

8. Les troubles de l'équilibre épisodiques, les céphalées périodiques ont amené une insécurité chez le patient qui limite sa capacité à reprendre un travail dans de telles conditions. La situation semble rester pour le moment stationnaire.

(Réd. : l'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants : travaux lourds/travaux mi-lourds/travaux légers)

9. Dans un contexte sécurisé, l'assuré demeure capable d'exécuter des travaux légers.

(Réd. : Restrictions à prendre en compte (...))

10. Le patient devrait être capable de travailler dans différentes conditions extérieures et intérieures, mais pas en équilibre sur des échafaudages ou des échelles, du fait qu'il n'a pas l'usage de ses fonctions sensorielles au niveau de l'oreille droite.

(...)

(Réd. : En vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu est : totale/partielle/ (...))

11.7 Pourcentage lié à la perte de l'oreille droite à évaluer par le service d'ORL du CHUV

(...)"

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a joint à ses écrits les documents médicaux suivants :

- un rapport des Drs G.\_\_\_\_\_ (spécialiste en oto-rhino-laryngologie) et N.\_\_\_\_\_ (médecin assistante) du 13 août 2014, qui ont diagnostiqué un déficit cochléo-vestibulaire

droit complet et un status après une pétrosectomie subtotale droite effectuée le 13 février 2014;

- un rapport établi le 12 septembre 2014 par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, exposant pour l'essentiel que la pétrosectomie subtotale droite avait pour but de prévenir des méningites secondaires et qu'elle avait été un succès, l'intéressé faisant encore l'objet d'un suivi ambulatoire.

Le 17 novembre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport dans lequel il confirme les diagnostics de "fracture transverse du rocher droit" et de déficit cochléo-vestibulaire droit complet, précisant que cette dernière affection comportait, du côté droit, une surdité totale à et une aréflexie vestibulaire et qu'elle entraînait des restrictions physiques sous forme de troubles de l'équilibre persistants. Il a estimé que la capacité de travail théorique sur le plan oto-rhino-laryngologique était de 100% dans une activité sédentaire adaptée aux troubles de l'équilibre.

Le SMR a pris position par un avis médical établi du Dr D.\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2014, ce médecin exposant qu'il y avait nouvellement lieu de retenir une limitation fonctionnelle - savoir l'empêchement de travailler sur une échelle ou un échafaudage - mais que celle-ci ne modifiait pas la capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Par décision du 24 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, exposant ce qui suit dans un courrier joint à cette décision :

"(...) Par projet de décision du 5 mai 2014, nous vous avons dénié le droit à la rente au motif que vous ne présentiez pas d'atteinte à la santé durablement invalidante.

Dans votre courrier du 23 mai 2014, vous contestez notre position et alléguiez que vous souffrez encore des séquelles dues à votre accident de mai (recte : mars) 2013.

Des examens complémentaires ont été organisés par votre médecin traitant, auprès de confrères spécialistes en neurologue (sic) et otoneurologue (sic).

Les résultats de leurs investigations ont permis à notre médecin-conseil d'admettre l'existence d'une limitation fonctionnelle due à vos troubles épisodiques de l'équilibre.

Il n'en demeure pas moins que si ceux-ci rendent non exigibles les activités sur échafaudage ou échelle, ils n'ont aucune incidence sur votre capacité de travail.

Elle est demeurée (sic) entière depuis mi-septembre 2013, tant dans votre activité habituelle qu'à un poste adapté, et sans que vous ayez à subir de préjudice économique.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 23 mai 2014 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 5 mai 2014 est fondé et doit être entièrement confirmé.

(...)"

Le 18 décembre 2014, les Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialistes en oto-rhino-laryngologie, ont établi un rapport dans lequel ils ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

"(...)

Status après traumatisme crânio-cérébral sévère le 26.03.2013 avec :

- Hématome extradural temporal gauche, hémorragie sous-arachnoïdienne
- Fracture temporale gauche
- Fracture du malaire gauche
- Fracture de la base du crâne passant par le canal carotidien et le foramen jugulaire avec déchirure du golf à droite
- Fracture du rocher droit translabyrinthique
- Fracture des deux condyles occipitaux
- Fracture du pédicule droit de L1

Neuropathie optique

Cophose et déficit vestibulaire droit complet

Status après pétrosectomie subtotale droite le 13.02.2014

(...)"

Ces praticiens ont fait état d'une incapacité totale de travail pour un mois depuis le 12 février 2014, indiquant que l'arrêt de travail à 100% était encore en cours pour des raisons inconnues. Ils ont exposé que l'assuré subissait des restrictions physiques, savoir son déficit vestibulaire droit définitif et une surdité droite complète définitive avec difficultés d'orientation spatiale dans le bruit. Selon eux, l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible, en raison de l'impossibilité de travailler sur

un chantier ou sur des échafaudages, avec un risque toujours présent de chute. Dans une liste des activités et efforts exigibles de l'assuré au 4 décembre 2014, ils ont indiqué ce qui suit :

- activités uniquement en position assise : exigibles jusqu'à vingt heures par jour avec une performance de 50%;
  - activités uniquement en position debout : pas exigibles;
  - activités dans différentes positions : pas exigibles;
  - se pencher : pas exigible;
  - travailler avec les bras au-dessus de la tête : exigible jusqu'à vingt heures par jour avec une performance de 50%;
  - accroupi : exigible jusqu'à vingt heures par jour avec une performance de 50%;
  - à genoux : exigible jusqu'à vingt heures par jour avec une performance de 50%;
  - rotation en position assise/en position debout : pas exigible;
  - soulever/porter (près/loin du corps) : exigible jusqu'à vingt heures par jour avec une performance de 50%;
  - monter sur une échelle/un échafaudage : pas exigible;
  - monter les escaliers : pas exigible;
- (...)
- capacité de concentration : limitée (séquelles de traumatisme crâno-cérébral);
  - capacité de compréhension : limitée (l'assuré ne parle pas français);
  - capacité d'adaptation : limitée (séquelles de traumatisme crâno-cérébral);
  - résistance : limitée (séquelles de traumatisme crâno-cérébral).

**B.** Par acte du 17 décembre 2014, Z. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision du 24 novembre 2014, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une aide au placement. A l'appui de cette conclusion, il a relevé que la décision comprenait des constatations contradictoires quant à sa capacité de

travail dans l'activité de maçon, alléguant en outre des étourdissements s'accroissant en cas de mouvements rapides. Il a encore fait valoir que ses problèmes de santé entraînaient une diminution de sa disponibilité en raison de nombreuses consultations médicales. Il s'est en outre étonné du refus de l'intimé de tout appui afin de le "replacer dans une profession adaptée" à ses limitations actuelles.

Par décision du 19 janvier 2015 (AJ14.050901), le Juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 décembre 2014 (ch. I), l'exonérant des avances (ch. II/1a) et des frais judiciaires (ch. II/1b).

Répondant le 23 mars 2015 au recours, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à un avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 10 février 2015 et à un rapport de réadaptation du 24 février 2015. Se ralliant à ce dernier rapport, il a admis que l'activité de maçon n'était plus exigible, mais a maintenu que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, un "calcul du salaire exigible" laissant apparaître un préjudice économique de 0.83%. Sur le plan médical, l'intimé a fait siennes les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_, selon lesquelles les troubles invoqués par le recourant avaient été pris en compte au titre de limitations fonctionnelles (pas d'activité sur échelle ou échafaudage).

La réponse de l'intimé et les pièces produites par ce dernier ont été transmises au recourant par avis du 24 mars 2015, un délai lui étant imparti au 20 avril 2015 pour déposer une réplique. Le recourant n'a pas réagi.

### **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 à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. 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) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

**3.** Le litige porte sur la question de savoir si le recourant souffre d'une atteinte invalidante ayant une influence sur sa capacité de gain lui permettant, le cas échéant, d'ouvrir un droit à des mesures d'ordre professionnel. Certes, la conclusion est formulée dans le sens de l'octroi d'une "aide au placement". A la lecture du recours, il s'avère toutefois que l'intéressé souhaite en réalité bénéficier de mesures d'ordre professionnel en général.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

La loi prévoit des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (art. 15 à 18d LAI) soumises à diverses conditions. En particulier, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 al. 1 LAI) si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; ATF 130 V 488 consid. 4.2 et réf. cit.).

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

**b)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43

al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne 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 médicales 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**4.** En l'occurrence, le recourant a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral au mois de mars 2013, qui a entraîné son hospitalisation du 26 mars au 24 avril 2013, puis une pétrosectomie le 24 février 2014 afin de prévenir le risque de méningites.

Dans sa réponse du 23 mars 2015, l'intimé - se référant à l'avis du SMR (cf. avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 10 février 2015) - a retenu que l'activité de maçon n'était plus exigible au vu de la limitation fonctionnelle présentée par le recourant (pas d'activité sur échelle ou échafaudage), mais que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la limitation fonctionnelle précitée. Cette position est corroborée par l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 19 décembre 2013), qui a conclu à une pleine capacité de travail de travail dans l'activité de carreleur - qui respecte cette limitation fonctionnelle - dès la moitié du mois de septembre 2013. Ce spécialiste en neurologie s'est fondé sur les résultats de tests neurologique et neuropsychologique conduits le 4 octobre 2013, ainsi que d'un examen de l'acuité visuelle du 25 octobre 2013.

Ces constatations sont contredites par celles du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin-traitant du recourant, qui a relevé le 10 janvier 2014 une faiblesse des capacités attentionnelles divisées et une atteinte des capacités de mémoire antérograde verbale, toutes les deux existantes au 11 octobre 2013. A l'inverse du Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ - qui n'est pas un spécialiste en la matière - ne se fonde toutefois pas sur des résultats d'examens spécifiques, de sorte que ses constatations n'emportent pas la conviction.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également fait état d'une cophose (perte totale de l'audition) droite et d'une neuropathie optique, tout en relevant que le recourant était capable de travailler dans différentes conditions intérieures et extérieures (cf. rapport du 6 octobre 2014 ch. 10). Il a

toutefois réservé l'avis de spécialistes quant à l'impact de ces affections sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. rapport du 10 janvier 2014). A cet égard, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé la persistance d'un déficit cochléo-vestibulaire droit complet entraînant une surdité totale et une aréflexie vestibulaire, ainsi que des troubles de l'équilibre persistants (cf. rapport du 17 novembre 2014). Selon lui, la capacité de travail du recourant sur le plan oto-rhino-laryngologique était complète dans une activité sédentaire adaptée aux troubles de l'équilibre. L'avis de ce spécialiste va ainsi dans le sens de ceux du Dr L.\_\_\_\_\_ et du SMR, ainsi que des conclusions - de nature certes non médicale - du rapport de réadaptation de l'intimé du 24 février 2015.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ est toutefois contredit par les Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, également spécialisés en oto-rhino-laryngologie (cf. rapport du 18 décembre 2014). Ces derniers ont retenu une incapacité de travail totale d'un mois à compter du 12 février 2014 - date de l'opération subie par le recourant -, qui se serait par la suite prolongée jusqu'au rendu de leur rapport. Ils n'ont toutefois invoqué aucun élément justifiant une telle prolongation, relevant au contraire qu'ils ne pouvaient pas la motiver. Ils ont par ailleurs indiqué qu'au 4 décembre 2014, l'assuré subissait encore des restrictions physiques (déficit vestibulaire droit définitif; surdité droite complète définitive avec difficultés d'orientation spatiale dans le bruit) et que les activités exigibles étaient dès lors limitées à de nombreux égards. Ils n'ont toutefois pas motivé cette date. Les Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont finalement énuméré toute une série de limitations fonctionnelles - notamment des restrictions de la capacité de travail en position debout, assise, à genoux ou alternée -, sans que l'on comprenne véritablement pour quels motifs ces positions seraient toutes contre-indiquées au vu des atteintes à la santé du recourant. Faute d'être suffisamment motivé, leur rapport n'est ainsi pas probant, à l'aune des principes jurisprudentiels exposés ci-avant (cf. *supra* consid. 3/c).

C'est dès lors à bon droit que l'intimé, fondé sur les avis médicaux probants du SMR et des Drs L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ (rapport du

6 octobre 2014), a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

**5. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 24 novembre 2014 confirmée.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 *cum* art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 61 al. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances desdits frais (cf. prononcé du 19 janvier 2015), ils sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Etat.

**IV.** Z.\_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Z.\_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :