

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 16 LPGa ; art. 4, 28 al. 1 et 2, 28a, 29 al.1 LAI.

E n f a i t :

A. Le 19 septembre 2013, V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de moyens auxiliaires pour une prothèse de la jambe droite tibiale auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il précisait que sa jambe avait été prise dans un feu de bois lorsqu'il était bébé et qu'elle avait été amputée depuis le tibia. Il portait une prothèse tibiale depuis 1992.

B. Dans un rapport du 17 octobre 2013, la Dresse W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics suivants :

- amputation traumatique du membre inférieur droit il y a quarante ans avec révision chirurgicale selon Syme en 1992 ;
- amputation traumatique des orteils du pied gauche il y a quarante ans ;
- gonalgies bilatérales d'origine multifactorielle :
 - o surcharge mécanique sur amputation ;
 - o gonarthrose gauche fémoro-patellaire débutante ;
 - o déconditionnement physique.

Les comorbidités étaient une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie traitée et des troubles anxio-dépressifs traités. La Dresse W._____ relatait notamment que son patient avait travaillé dans la restauration, d'où il avait été licencié fin mars 2012. Depuis lors, il avait réalisé un stage de cuisinier qui s'était soldé par un échec en raison des gonalgies et des difficultés d'adaptation de sa prothèse. La Dresse W._____ observait que l'assuré se présentait avec une thymie à la baisse, pleurant facilement à l'évocation de son épouse récemment décédée. Le pronostic était décrit comme favorable, pour autant que ce patient soit appareillé correctement et chaussé confortablement à gauche.

Elle précisait qu'au vu de sa pathologie, une activité uniquement debout était fortement déconseillée. La Dresse W. _____ joignait un rapport du 22 juillet 2013 dans lequel elle posait les diagnostics de gonalgies bilatérales d'origine multifactorielle avec dysbalances musculaires, de probable mal-ajustement de la prothèse du membre inférieur droit, de gonarthrose gauche fémoro-patellaire débutante, de déconditionnement physique et d'état anxio-dépressif. Elle indiquait sous le point « comorbidités et antécédents » que le trouble anxio-dépressif était traité. Dans la partie « Appréciation et conclusion », elle écrivait ceci :

« Nous nous trouvons face à un patient de 56 ans, amputé du MID depuis longtemps avec prothèse non contrôlée depuis 6 ans, qui présente des gonalgies bilatérales dont l'origine est multifactorielle. Le bilan radiologique et clinique exclut la présence de gonarthrose ou coxarthrose avancées et il n'y a pas à l'examen clinique de signes en faveur d'une souffrance lombaire.

Afin de mieux investiguer ce patient et de pouvoir faire la part des choses, nous proposons au patient une consultation au colloque multidisciplinaire des amputés qui a lieu à l'hôpital orthopédique H. _____. Cette consultation nous donnera la possibilité d'évaluer sa qualité de marche, d'évaluer avec le collègue prothésiste la qualité de la prothèse et la nécessité ou non de modification de celle-ci. Dans l'état actuel, nous proposons au patient de consommer du Paracétamol en réserve selon douleur.

Un arrêt de travail jusqu'au 17.7.2013 lui a été fourni. A relever qu'il est impossible dans l'état actuel de se prononcer quant à sa capacité de travail mais étant donné ses atteintes orthopédiques, une demande de rente AI devrait être faite. »

En complément, la Dresse W. _____ indiquait ce qui suit :

« Monsieur V. _____ a donc été vu et présenté au colloque multidisciplinaire des amputés le 17 juillet 2013. La marche se réalise avec un mauvais déroulement du pas à droite, le patient n'appuie que sur le talon. Il charge beaucoup plus son MIG, ce qui explique le syndrome fémoro-patellaire gauche qui est le plus gênant pour lui du point de vue douloureux. Il a été conclu qu'une nouvelle prothèse devrait être confectionnée ainsi qu'une adaptation de la chaussure du pied gauche pour compenser l'amputation des orteils. Le patient sera convoqué par la maison [...] à [...]. Dès que la prothèse sera prête, le patient prendra contact avec notre secrétariat pour une nouvelle consultation. Entre temps nous lui remettons une prescription pour du Flector Patch à utiliser à l'effort au niveau du genou gauche La réalisation de séances de physiothérapie n'a actuellement pas de sens. Des séances de physiothérapie seront par contre nécessaires dès que

le nouvel appareillage sera disponible afin d'améliorer la qualité de la marche et lutter contre le syndrome fémoro-patellaire gauche. »

Dans un projet de décision du 19 décembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de moyens auxiliaires de l'assuré au motif que la prothèse tibiale était prise en charge par la caisse maladie/accident de l'assuré.

Par décision du 11 février 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 décembre 2013.

C. Le 4 août 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations AI (assurance-invalidité) auprès de l'OAI, invoquant de graves brûlures de la jambe droite suite à un accident dans son enfance ayant provoqué l'amputation de sa jambe à partir du genou et de quelques doigts de pied.

Dans un rapport médical du 12 août 2014, le Dr U._____, médecin praticien, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post-amputation traumatique du membre inférieur droit il y a quarante ans avec une révision chirurgicale selon Syme en 1992, une amputation traumatique des orteils du pied gauche il y a quarante ans, un « F33.2 » [réd.: soit le code de la Classification internationale des maladies pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques], une hypertension artérielle et une surdité. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était une hypercholestérolémie traitée. Le Dr U._____ constatait des douleurs persistantes aux genoux bilatéraux et au pied droit ainsi qu'un état dépressif sévère récurrent avec des troubles de la vision et de l'ouïe. Il considérait que le pronostic était défavorable et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Le traitement consistait notamment en la prise de 10 mg de Cipralex une fois par jour. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr U._____ indiquait qu'aucune des activités citées ne pouvait encore être exigée de son patient.

Dans le cadre d'un auto-assessment transmis par l'assuré à l'OAI le 11 septembre 2014, V. _____ a notamment indiqué avoir travaillé dans le domaine du nettoyage et dans la restauration. Il déclarait également qu'il pouvait être actif deux heures par jour, qu'il pouvait marcher pendant dix minutes, rester assis pendant trente minutes, soulever 5 kg et rester concentré durant deux heures. Il précisait qu'il n'entendait pas bien et que devenant âgé, il ne lui était plus possible de rester debout longtemps du fait de son handicap.

Dans un avis médical du 10 octobre 2014, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que l'assuré devait en principe avoir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, essentiellement assise, et cela depuis toujours. La notion de trouble dépressif récurrent sévère n'était selon lui absolument pas étayée, dans la mesure où le rapport du médecin-traitant ne comprenait aucune anamnèse ni description du status. En outre, le traitement de 10 mg de Cipralex était très minime et il n'y avait pas de prise en charge spécialisée. Pour le Dr X. _____, la description de l'assuré dans le rapport du H. _____ faisait penser à une réaction dépressive légère en lien avec le décès récent de son épouse. Le médecin du SMR estimait que les limitations fonctionnelles étaient « pas de longs déplacements ni de longues positions debout ». La capacité de travail comme cuisinier était de 0 % et dans une activité adaptée, elle était de 100 % depuis toujours.

Par courrier du 21 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, au motif que lors d'un entretien le 9 septembre 2014, l'assuré avait indiqué qu'il ne pouvait ou ne souhaitait pas aborder les mesures qui lui avaient été proposées.

Dans un rapport médical du 9 décembre 2014, la Dresse W. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'amputation du membre inférieur droit il y a quarante ans avec révision

chirurgicale selon Syme en 1992, d'amputation des orteils du pied gauche il y a quarante ans, de gonalgies bilatérales d'origine multifactorielle avec surcharge mécanique sur amputation, de gonarthrose gauche fémoro-patellaire débutante et de déconditionnement physique. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie traitée, des troubles anxio-dépressifs traités et une obésité. La Dresse W. _____ relatait que depuis son rapport du 17 octobre 2013, l'état de santé de son patient était toujours le même, précisant notamment que depuis quatre mois, il avait une nouvelle prothèse qui était bien adaptée. Elle constatait que l'assuré se déplaçait de manière fluide et sécuritaire, avec une très légère boiterie à droite. Elle relevait que l'intéressé semblait légèrement moins triste qu'en 2013. Elle indiquait que le patient utilisait sa nouvelle prothèse toute la journée, mais que la marche prolongée et la station debout restaient déconseillées, d'où un pronostic défavorable concernant un reclassement professionnel nécessitant la station debout prolongée ou des déplacements à répétition. L'incapacité de travail dans la profession de restaurateur était de 100 % depuis fin 2012 et ce de manière définitive. Dans la restauration, l'assuré était limité pour effectuer des déplacements répétés et pour rester debout en raison de son status post-amputation du membre inférieur droit ainsi qu'en raison de ses gonalgies. La Dresse W. _____ répondait comme suit à la question « Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap ? » :

- « - **Activité uniquement en position assise** : Oui. Max. 4 h/j avec des pauses à répétition
- **Activités uniquement en position debout** : Non
- **Activités dans différentes positions** : Oui. Alternées assis/debout max 4 h/j avec des pauses toutes les heures.
- **Activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier?)** : Non.
- **Se pencher**. Oui. Occasionnellement
- **Travailler avec les bras au-dessus de ta tête** : Oui. Occasionnellement.
- **Accroupi** : Non
- **A genoux** : Non.
- **Rotation en position assise/en position debout** : Oui. Occasionnellement.
- **Soulever/porter (près/loin du corps?)** : Oui. Max 5 kg.
- **Monter sur une échelle/un échafaudage**. Non.

- **Monter les escaliers** : Oui. 1-2 étages.
- **Soulever/porter (près /loin du corps: Limite de poids)** : 5 kg.
- **Capacité de concentration** : Non testée.
- **Capacité de compréhension** : Limitée en raison de problème de langue
- **Capacité d'adaptation** : Non testée.
- **Résistance** : Non testée. »

Dans un rapport du 16 février 2015, les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et L._____, tous deux médecins auprès du SMR, ont considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 0 % et qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : « alternance régulière position assise et debout, pas de marche en terrain accidenté, ni de marche prolongée, travail en antéflexion du tronc, port de charge > 5 kg, agenouillement, genuflexions ». Ces médecins écrivaient en outre ceci :

« Il s'agit d'un assuré âgé actuellement de 59 ans, d'origine [...], naturalisé [...] (Avis juriste du 19.12.2013), sans formation professionnelle, arrivé en Suisse en 2011. Il ne parle le français que très sommairement (Rapport initial IP du 10.09.2014).

Au plan médical il est connu pour les suites de graves brûlures aux deux membres inférieurs dans la petite enfance qui ont imposé vers l'âge de 6 ans l'amputation des orteils du pied gauche et une amputation plus importante au niveau du membre inférieur droit ; à droite l'amputation a dû être révisée en 1992 selon Syme (= désarticulation talo-crutale, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la cheville). Il s'agit donc d'une amputation très bas-située.

La problématique incapacitante concerne des gonalgies imputées à la surcharge mécanique due aux amputations (ce qui entraîne une sursollicitation du compartiment antérieur du genou), à une gonarthrose fémoro-tibiale gauche discrète et à un déconditionnement physique.

L'assuré a été évalué en 2013 puis en 2014 à la consultation des amputés du [...] du H._____; en 2013, il a reçu une nouvelle prothèse bien adaptée et dans son RM du 09.12.2014, la Dresse W._____ précise que l'adaptation prothétique est un succès et que l'assuré peut déambuler aisément sans cannes. Ceci étant, une activité dans la restauration telle que l'assuré semblait l'exercer avant de venir en Suisse n'est à l'évidence pas adaptée à la problématique biomécanique des membres inférieurs ; en revanche, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles décrites à la page n°1 est possible et exigible.

Le MT, Dr U._____, affirme dans son RM du 12.08.2014 1) qu'aucune activité professionnelle n'est exigible de l'assuré et 2) qu'il existe un trouble psychiatrique F33.2 (= trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques). Cet avis ne peut pas être suivi car 1) il ne tient pas compte de la réalité musculo-squelettique qui est simultanément évaluée de manière spécialisée par les médecins du [...] lesquels arrivent à la conclusion opposée et dont l'avis spécialisé mérite d'être préféré car argumenté de manière précise, 2) la problématique psychique n'est pas attestée par un psychiatre et ne donne lieu qu'à une médication psychotrope mineure (Ciprallex® 10 mg/j). »

Par courrier du 19 février 2015, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à une orientation professionnelle étaient réalisées et qu'il serait informé par courrier des démarches ultérieures.

Dans un projet de décision du 2 mars 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. En substance, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit à fin 2013. Toutefois, dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail pouvait être exigée de lui. Procédant ensuite à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a considéré que la perte de gain de l'assuré se montait à 9'844 fr. 66, correspondant à un degré d'invalidité de 15 %, degré qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 2 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient réalisées, ce qui signifiait que du point de vue de l'AI, il était réadaptable.

Par décision du 24 avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 2 mars 2015.

D. Par acte du 22 mai 2015, V._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 24 avril 2015 auprès de l'OAI, concluant implicitement à l'annulation de cette décision. En substance, il invoque le

fait qu'il a une prothèse remplaçant sa jambe droite, que certains de ses doigts de pied sont manquants et que malheureusement, vu son âge avancé, il perd de plus en plus son acuité auditive. Il précise que vu son état de santé, il ne lui a pas été possible de trouver un travail respectant ses handicaps.

Le 2 juin 2015, l'OAI a transmis le recours de l'assuré à la Cour de céans en tant qu'objet de sa compétence.

Dans sa réponse du 8 février 2016, l'intimé a produit un avis médical du SMR du 13 janvier 2016, rédigé par les Drs Q._____ et R._____, spécialiste en anesthésiologie, dans lequel ces médecins indiquent qu'à la relecture attentive du rapport du 9 décembre 2014 de la Dresse W._____, force est d'admettre que cette dernière limite l'exigibilité d'une activité adaptée à 50 %, soit quatre heures par jour. Le SMR déplore toutefois que la limitation de l'exigibilité d'une activité adaptée à 50 % seulement ne soit pas argumentée en termes biomécaniques. Fondé sur l'avis du SMR, l'intimé considère qu'il y a lieu de retenir une aptitude de 50 %, qui ouvre le droit de l'assuré à une demi-rente au vu d'un désavantage salarial de 57.50 %, compte tenu de la fin du délai de carence fixée au 1^{er} décembre 2013 et de la période de six mois à compter du dépôt de la demande de rente du 4 août 2014. L'OAI retient un revenu sans invalidité de 65'633 fr. et un revenu d'invalidité de 27'894 fr. 20, tenant compte d'un taux d'abattement de 15 % en raison du taux d'occupation à temps partiel de l'assuré et de son âge. L'intimé précise qu'il ne saurait être admis une réduction supérieure à celle fixée, notamment en raison des limitations fonctionnelles que le recourant présente, lesquelles ont été prises en considération dans l'établissement de l'aptitude au travail de l'intéressé par la Dresse W._____, qui s'est prononcée en faveur d'une activité à mi-temps, du fait précisément des limites engendrées par le handicap atteignant les membres inférieurs.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) Conformément à ce que prévoit l'art. 30 LPGA, les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont en outre l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur, d'en enregistrer la date de réception puis de les transmettre à l'organe compétent. Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. Cette disposition reprend, en droit des assurances sociales, le principe général de droit administratif consacré à maintes reprises par la jurisprudence, selon lequel le délai est réputé observé lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à une autorité incompétente (TF 9C_885/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 4.1).

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

du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

d) En l'espèce, le recours a été formé dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, et en temps utile. Bien qu'interjeté auprès d'une autorité incompétente, à savoir l'OAI, il a été transmis par ce dernier à la Cour de céans, conformément à l'art. 30 LPGA, de sorte que le délai de recours est réputé observé (cf. art. 39 al. 2 LPGA). Le recours est dès lors recevable.

2. Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité au recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

c) Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui, comme c'est le cas du recourant, pourraient exercer une activité lucrative, 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'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

d) En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à

sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin

traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit.; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

b) 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, 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 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. Dans le cas présent, l'OAI était tout d'abord d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avant de considérer que l'exigibilité dans une telle activité était en réalité de 50 %.

Sur le plan somatique, il ressort du rapport du 9 décembre 2014 de la Dresse W._____ que la nouvelle prothèse de l'assuré est bien adaptée et que ce dernier l'utilise toute la journée. Il se déplace d'ailleurs de manière fluide et sécuritaire, avec seulement une très discrète boiterie à droite. La Dresse W._____ explique que le recourant peut exercer une activité en position assise et en positions alternées assis/debout durant maximum quatre heures par jour avec des pauses régulières. Elle précise que son patient peut occasionnellement se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête et effectuer des rotations en position assise/debout. Il est en mesure de monter les escaliers (un à deux étages)

mais ne peut pas soulever des poids de plus de 5 kg. De surcroît, certaines activités ne peuvent plus être exigées, telles que celles qui s'effectuent essentiellement debout, en marchant, accroupi, à genoux, ou qui impliquent de monter sur une échelle ou un échafaudage. Quant au Dr U._____, médecin-traitant de l'assuré, il est d'avis qu'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, et considère que le recourant ne peut plus exercer aucune des activités mentionnées dans l'annexe à son rapport médical du 12 août 2014.

Il convient cependant de suivre l'avis de la Dresse W._____ et de considérer que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est de 50 %. En effet, l'appréciation de ce médecin est fondée sur un examen circonstancié du dossier, et ses conclusions sont claires et convaincantes. En particulier, la Dresse W._____, se basant notamment sur un examen clinique de l'assuré, explique de manière détaillée quelles sont les activités que V._____ peut encore réaliser compte tenu de son handicap, et dans quelle mesure, ainsi que l'étendue de ses limitations fonctionnelles. Cette évaluation émane en outre d'un médecin spécialisé en médecine physique et réadaptation au sein du [...] du H._____, qui a notamment soumis le cas de son patient au colloque multidisciplinaire des amputés. Au contraire, l'avis du Dr U._____ n'est pas étayé, ce dernier n'expliquant en particulier pas pour quelle raison la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait nulle. Comme le soulignent les Drs Q._____ et L._____, l'appréciation du Dr U._____ ne tient pas compte de la réalité musculo-squelettique du recourant, laquelle est évaluée de manière spécialisée par les médecins du H._____, qui arrivent à la conclusion que l'assuré possède une capacité de travail résiduelle et dont l'avis spécialisé mérite d'être préféré car il est argumenté de manière précise (cf. rapport du SMR du 16 février 2015). Compte tenu de ces éléments, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de la Dresse W._____.

Pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, tel qu'évoqué par le Dr U._____, on relèvera que ce diagnostic n'est nullement étayé, ni sur le plan de l'anamnèse, ni sur celui de la description du status. Il n'est pas non plus confirmé par un psychiatre. D'ailleurs, il ne ressort pas du dossier que le recourant bénéficierait d'un quelconque suivi psychiatrique. Le traitement antidépresseur prescrit, à savoir 10 mg par jour de Cipralex, est par ailleurs très minime (cf. avis du Dr X._____, du 10 octobre 2014). Pour le Dr X._____, la description de l'assuré figurant dans le rapport de la Dresse W._____, du 17 octobre 2013 fait plutôt penser à une réaction dépressive légère en lien avec le décès de son épouse. D'ailleurs, dans son rapport du 9 décembre 2014, la Dresse W._____ observe que son patient semble moins triste qu'en 2013. En outre et surtout, elle considère que les troubles anxio-dépressifs sont traités et qu'ils n'ont pas d'effet sur la capacité de travail de l'assuré. Par conséquent, force est de constater que le trouble dépressif n'est pas invalidant.

S'agissant de la déficience auditive invoquée par la recourant, force est de constater que seul le Dr U._____ estime qu'il s'agit d'un diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il n'étaye cependant nullement son appréciation. Quant aux autres médecins intervenus dans le cas du recourant, en particulier la Dresse W._____, ils ne font pas état de ce diagnostic. Dans ces conditions, on ne saurait considérer cette atteinte comme invalidante.

Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu de retenir que le recourant présente une incapacité de travail totale dans sa profession depuis fin 2012. C'est donc à partir de ce moment-là qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année de l'art. 28 LAI. A l'échéance de ce délai, soit à la fin de l'année 2013, on doit considérer que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une activité permettant une alternance régulière des positions assise et debout, qui n'implique pas de marche en terrain accidenté, ni de marche prolongée, ni de travail en antéflexion du tronc, ni d'agenouillement ou de genuflexions

et pour laquelle le port de charge serait limité à 5 kg, la capacité de travail du recourant est de 50 %.

7. a) Il reste à présent à examiner le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, étant précisé que celui-ci n'est, en tant que tel, pas contesté par le recourant.

À cet égard, l'intimé a appliqué la méthode de comparaison des revenus (cf. supra consid. 3c), se référant aux chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2012 pour déterminer le revenu avec invalidité. En l'absence, comme en l'espèce, 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'invalidité peut en effet être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2).

b) Dans le cas particulier, l'OAI a retenu un salaire de 5'210 fr., part du treizième salaire incluse, correspondant au salaire de référence auquel les hommes peuvent prétendre pour des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, selon les chiffres de l'ESS pour l'année 2012 (tableau TA1_skill_level ; secteur production et services). Ce type d'activité est conforme aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins (cf. consid. 6 supra). On relèvera au surplus qu'il convient effectivement de tenir compte d'un horaire de travail de 41.7 heures par semaine, soit la durée moyenne hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2013 (Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2016), et non pas d'un chiffre de 40 heures tel que pris en considération par l'ESS. Indexé à

l'année 2013 (taux d'indexation à 0.7 % selon La Vie économique, 12-2014, tableau B 10.2), le revenu annuel à 100 % se monte à 65'633 fr. 34. L'abattement de 15 % du fait du taux d'occupation à temps partiel et de l'âge de l'assuré a correctement été pris en compte par l'intimé dans le cadre de sa réponse, ces éléments n'étant d'ailleurs pas contestés par le recourant. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à 27'894.17 $((65'633.34 - 15\%) \times 50\%)$

c) Pour ce qui est du revenu sans invalidité, on rappelle que celui-ci doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

En l'espèce, l'intimé s'est également fondé sur les chiffres de l'ESS, soit un revenu annuel de 65'633 fr. 34. Comparé au revenu avec invalidité, le préjudice économique se monte à 37'739 fr. 17, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 57.50 % $((65'633.34 - 27'894.17 \times 100) : 65'633.34)$.

Par conséquent, ce taux ouvre droit à une demi-rente d'invalidité (cf. supra consid. 3c). Compte tenu du délai de six mois dès le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit en l'occurrence le 4 août 2014, le droit à la rente prend naissance le 1^{er} février 2015.

8. **a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision du 24 avril 2015 réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2015.

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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ceux-ci à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Bien qu'obtenant gain de cause, le recourant, ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à l'allocation de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision du 24 avril 2015 est réformée en ce sens que V._____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2015.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- 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 :

- V._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :