

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 janvier 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Bidiville et Mme Rossier, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse Service juridique,  
à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de Bosnie-Herzégovie, a exercé plusieurs emplois depuis son entrée en Suisse en 1986, dont celle de conducteur de pont roulant (machiniste), à plein temps depuis le 9 décembre 2008, pour le compte de la société F. \_\_\_\_\_ SA, à [...].

Le 6 août 2010, il a déposé une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Il indiquait quant au genre de l'atteinte à la santé, avoir été victime d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) le 25 janvier 2010, date du début de son incapacité de travailler à 100%.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010 à l'intention de l'OAI, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie suivant l'assuré au CHUV, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'AVC ischémiques multiples fronto-pariétaux sur paralysie faciale périphérique gauche (depuis le 2 février 2010). Faisant état d'une stabilisation, voire une amélioration malgré des paresthésies régionales et quelques signes cortico-spinaux qui se traduisaient par une fatigabilité accrue, il estimait notamment une reprise d'activité, respectivement une amélioration de la capacité de travail, à 100% depuis février 2011 moyennant une réadaptation progressive depuis les accidents vasculaires.

Dans un rapport expédié le 29 septembre 2010 à l'Office AI, le Professeur P. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie-hématologie et médecin traitant, a posé le diagnostic invalidant d'AVC ischémiques multiples fronto-pariétaux dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure (ACA) et de l'artère cérébrale moyenne (ACM) droites, d'origine artério-artérielle probable, avec héli-syndrome moteur et ataxique facio-brachio-crural gauche et quadransie supérieure gauche. Il retenait également le diagnostic non invalidant de pré-diabète sucré. Mentionnant un pronostic

réservé, ce praticien indiquait une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 25 janvier 2010. Il estimait que l'activité habituelle de machiniste n'était plus exigible en raison de troubles neurologiques et sans que des mesures de réadaptation professionnelle n'apparaissent indiquées. Les limitations fonctionnelles, valables depuis le 1<sup>er</sup> août 2010, étaient les suivantes : pas de soulèvement ni port de charges de plus de quinze kilos, pas d'activité uniquement en position debout, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux et pas de montée sur une échelle ou un échafaudage. En annexe à ce rapport, le Professeur P. \_\_\_\_\_ a notamment joint les pièces suivantes :

- un rapport de sortie du 1<sup>er</sup> février 2010 des neurologues Drs M. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ à la suite de l'hospitalisation de l'assuré dans le service de neurologie du CHUV, du 25 janvier au 2 février 2010, date de son transfert à la Clinique [...] pour sa réadaptation neurologique. Il en ressort en particulier ce qui suit :

“M. Z. \_\_\_\_\_ présente en novembre 2009 une paralysie faciale gauche, raison pour laquelle il contacte son médecin traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_, qui l'adresse au Dr [...] qui diagnostique une paralysie faciale périphérique gauche. Selon le médecin traitant, le patient avait complètement récupéré de cette paralysie à la fin de l'année. Le patient par contre n'a remarqué aucune amélioration jusqu'à maintenant. Le 21.01.2010, il se réveille avec une faiblesse du membre inférieur gauche et il n'arrive plus à contrôler ses mouvements. Le lendemain au réveil, il note en plus une faiblesse de son bras gauche. Aux Urgences nous constatons un hémisyndrome moteur et ataxique facio-brachio-crural gauche, et une quadranopsie supérieure gauche. L'imagerie cérébrale (CT et IRM) montre des lésions d'âge différent dans le territoire de l'ACA et l'ACM droites (fronto-temporo-pariétales) d'allure embolique (en partie possiblement jonctionnel), sans mise en évidence de dissection carotidienne. L'échographie cardiaque ne montre qu'un ventricule droit légèrement dilaté sans autre anomalie (fonction systolique normale, test aux microbulles négatif). Le rythme cardiaque est normal. Au vu de plusieurs facteurs de risque cérébrovasculaire (tabagisme actif, hypercholestérolémie non traitée, prédiabète au début du traitement) et de la présence d'une athéromatose carotidienne, nous concluons à une atteinte artérielle. Le patient profite d'une consultation stop-tabac et vous est transféré pour suite de prise en charge, dans le but de reprendre son travail par la suite. Pour compléter le bilan, nous vous prions d'effectuer encore une évaluation neuropsychologique.” ;

- un bilan de sortie de physiothérapie / neurologie à la suite du séjour de réadaptation de l'assuré à la Clinique [...], du 2 au 15 février 2010, qui atteste de traitements de contrôle et coordination des membres inférieurs et supérieurs gauches avec un équilibre et une démarche recouverts. La coordination proprioceptive du membre supérieur gauche, la maîtrise du contrôle de la hanche gauche ainsi que la force des muscles fessiers restent à améliorer. ;

- un rapport du 9 mars 2010 adressé au Dr M. \_\_\_\_\_ dans lequel, les neurologues Drs V. \_\_\_\_\_, médecin-chef, et X. \_\_\_\_\_, médecin responsable d'Unité à la Clinique [...] ont indiqué qu'outre une physiothérapie (renforcement musculaire) et de l'ergothérapie (amélioration de la motricité fine), l'assuré avait bénéficié d'un suivi neuropsychologique. Ils posaient les diagnostics principaux de thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1) et de neuroréhabilitation (bilan neuropsychologique, maintien des acquis, amélioration de la marche et de l'équilibre, augmentation de l'autonomie). Ces spécialistes joignaient un rapport d'examen neuropsychologique du 19 février 2010 de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP U. \_\_\_\_\_, qui se termine comme il suit :

#### “CONCLUSIONS

L'examen neuropsychologique effectué chez ce patient de langue maternelle serbo-croate de 56 ans met en évidence :

- un important ralentissement relevé à des tâches chronométrées ;
- des signes discrets d'une héminegligence visuelle gauche (départ au centre-droit au test des cloches et nombre d'omissions à gauche trop élevé par rapport à la droite ; asymétrie en défaveur de la gauche aux temps de réaction à une tâche évaluant le champ visuel) ;
- des fluctuations modérées à une tâche d'attention divisée ;
- une exploration visuelle chaotique.

Les difficultés à la soustraction écrite et à la copie d'un cube peuvent s'expliquer par le faible niveau de scolarisation.

L'expression et la compréhension orale, l'écriture, le calcul oral, une addition écrite, les praxies constructives et gestuelles, les gnosies, les empan de rétention, la mémoire antérograde épisodique verbale et visuo-spatiale (sommairement évalué au vu de l'âge), les fonctions exécutives, le raisonnement sont globalement

satisfaisants. La lecture n'a pas été évaluée en raison du biais lié à la langue.

Ce tableau est compatible avec les séquelles des AVC ischémiques multiples fronto-pariétaux dans le territoire de l'ACA et de l'ACM droite.” ;

- un rapport du 7 juin 2010 de consultation spécialisée des maladies cérébro-vasculaires au service de neurologie du CHUV adressé au Professeur P. \_\_\_\_\_ et au terme duquel, les Drs M. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ se sont exprimés comme il suit :

#### “SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Nous sommes en présence d'un patient qui se présente au contrôle 3 mois après son hospitalisation pour des AVC ischémiques multiples d'origine artério-artérielle probable, avec un héli-syndrome moteur et ataxique gauche ayant globalement bien récupéré, avec uniquement la persistance d'une parésie faciale gauche ainsi que des troubles paresthésiques de l'hémicorps gauche.

En ce qui concerne les facteurs de risque cérébro-vasculaire, ceux-ci sont globalement bien pris en charge avec notamment une antiagrégation, une tension artérielle dans les normes et un traitement antihypercholestérolémique bien suivi.

Rappelons que dans le cadre de l'hospitalisation, une évaluation neuropsychologique avait également été demandée, à effectuer chez le neuropsychologue de votre choix, cet examen étant également important dans le cadre de la reprise du travail de M. Z. \_\_\_\_\_.

Nous n'avons actuellement pas d'argument pour prolonger l'arrêt de travail de ce patient qui montre un status neurologique avec uniquement de minimes signes cortico-spinaux et une parésie faciale centrale inférieure gauche.

Par conséquent, nous n'avons pas prévu de reconvoquer M. Z. \_\_\_\_\_ à notre consultation mais restons à disposition pour tout complément d'information ou si la symptomatologie devait se péjorer.”

Le 12 octobre 2010, le Professeur P. \_\_\_\_\_ a transmis à l'Office AI la copie d'un avis de séjour de l'assuré au service des urgences du CHUV le 7 octobre 2010 (de 12h05 à 18h26), avant son retour à domicile le jour même. Au terme de son examen, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic d'aggravation subjective de l'héli-syndrome gauche et celui différentiel de récurrence d'AVC en présence d'une oppression héli-thorax / cervical

gauche d'origine peu claire. Il suggérait au Professeur P.\_\_\_\_\_ la réalisation d'un test fonctionnel (ergométrie) en ambulatoire.

Le 22 octobre 2010, l'assureur perte de gain (L.\_\_\_\_\_) a informé l'OAI servir ses prestations sur la base d'une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 25 janvier 2010. Transmettant une copie des pièces médicales en sa possession, dont en particulier un rapport du 20 juillet 2010 du Professeur P.\_\_\_\_\_ préconisant une augmentation du taux de travail de 50 à 100%, l'assureur perte de gain précisait par ailleurs avoir demandé un rapport à l'intention de son médecin-conseil le 6 septembre 2010.

Au terme d'un avis médical du 1<sup>er</sup> novembre 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a estimé que malgré une évolution favorable sur le plan moteur, le 7 octobre 2010 l'assuré avait consulté les urgences du CHUV pour une oppression thoracique gauche de sorte que la situation médicale n'était pas stabilisée compte tenu d'investigations en cours. Il convenait de réinterroger le Professeur P.\_\_\_\_\_ en janvier 2011.

Dans un rapport du 21 janvier 2011 adressé à l'OAI, le Professeur P.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

- “1. Evolution de la situation depuis le rapport du soussigné d'octobre 2010 :  
Séquelles post AVC ischémiques fronto-pariétaux D avec fluctuation de la symptomatologie.
2. Capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à son état de santé :  
Il est incapable de reprendre son activité habituelle. Etant donné la fluctuation des symptômes post AVC multiples et son âge, il serait hasardeux de l'insérer dans le circuit économique. Il me semble que l'octroi d'une rente AI est justifiée.
3. Limitations fonctionnelles :  
La fluctuation des symptômes post AVC.

Pour le rapport, veuillez vous référer à mon rapport précédent. Le patient est en incapacité de travail depuis son AVC.”

Dans son rapport du 7 mars 2011 relatif à une expertise neuropsychologique de l'assuré effectuée le 18 février 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

“4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Hypodysesthésies fluctuantes de l'hémicorps G et légers troubles exécutifs/attentionnels après atteinte ischémique hémisphérique D antérieure.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Surcharge fonctionnelle importante.”

Cet expert s'est prononcé comme il suit :

“5. Appréciation du cas et pronostic

Le patient ne présente actuellement que de très discrètes séquelles de son ancienne atteinte ischémique hémisphérique D, sous forme d'une hypodysesthésie subjective, sans élément moteur organique significatif, et avec comme seule atteinte cognitive de discrets troubles attentionnels et exécutifs, le tableau d'héminégligence ayant disparu, et sans atteinte visuospatiale ou praxique constructive, chez ce patient de faible niveau scolaire. Il n'existe pas d'atteinte proprioceptive, pas d'atteinte ataxiante organique, mais le tableau est grevé d'éléments fonctionnels, avec gesticulation et pseudos-pertes de l'équilibre, chez un patient qui exprime clairement son peu de motivation à reprendre un quelconque travail. Dans ce contexte, si l'on peut admettre que dans le cadre d'une reprise de travail, par ailleurs tout à fait justifiée, comme l'ont exprimé nos confrères du CHUV, il est néanmoins raisonnable de ne pas lui confier la manœuvre d'une grue, pour des raisons de sécurité, en particulier vu son contexte psychologique et psychosocial actuel, une reprise dans d'autres travaux de chantier est concevable, sur le plan des séquelles neurologiques discrètes. On peut admettre un tableau de fatigabilité liée aux troubles exécutifs/attentionnels légers, de l'ordre de 20% au maximum. Il n'y a pas de limitation physique particulière à envisager, vu l'absence d'hémi-parésie et d'ataxie organique, et l'hypodysesthésie subjective, sans trouble proprioceptif associé ne correspondant pas à une limitation physique spécifique.

Comme l'a relevé le Dr P. \_\_\_\_\_, il est évident que l'âge et la situation psychosociale et linguistique du patient ne sont pas des atouts pour reprendre une activité professionnelle, mais selon le mandat AI, ceci n'intervient pas dans notre évaluation médicale du cas.

Vu les éléments fonctionnels actuellement présents, le pronostic quant à une reprise d'activité est mauvais, d'autant plus que le patient exprime clairement son manque de motivation à ce sujet."

L'expert V. \_\_\_\_\_ a dès lors conclu qu'au plus tard six mois après les AVC, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail à 80% (soit entre sept à huit heures par jour) - compte tenu d'une diminution de rendement de 20% maximum en raison d'une fatigabilité associée aux troubles exécutifs et attentionnels minimes observés, sans limitation physique particulière - dans une activité adaptée. Le poste de conducteur de grue n'était plus exigible compte tenu d'un manque de motivation, de troubles fonctionnels associés et pour des raisons de sécurité. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient peu indiquées vu le peu de motivation de l'assuré et les éléments de surcharge fonctionnelle associés.

Dans un rapport du 16 mars 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise neurologique précitée en retenant comme atteinte principale à la santé, des hypodysesthésies fluctuantes de l'hémicorps gauche et de légers troubles exécutifs / attentionnels après atteinte ischémique cérébrale hémisphérique droite antérieure (I63.4) sans pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité. Les limitations fonctionnelles consistaient, selon le médecin du SMR, en une fatigabilité et un fléchissement exécutif et attentionnel mis en évidence par l'expert mandaté. Il mentionnait une incapacité de travail de l'assuré totale dès le 25 janvier 2010 dans l'activité de grutier et une capacité de travail à 100% avec diminution de rendement de 20%, depuis octobre 2010, dans une activité adaptée (à savoir un travail de chantier au sol).

Par communication du 23 mars 2011 de l'OAI, l'assuré a bénéficié d'une orientation professionnelle afin de déterminer ses possibilités de réinsertion sur le marché de l'emploi.

Afin de vérifier l'adéquation de mesures d'ordre professionnel (MOP) et de définir les pistes les mieux adaptées à son état de santé,

l'assuré a débuté le 30 novembre 2011 un stage d'évaluation-orientation à 100% prévu sur trois mois aux ateliers du centre de formation de l'entreprise sociale et formatrice I.\_\_\_\_\_, à [...].

A teneur d'une note de suivi du 22 décembre 2011, le responsable de la mesure au centre I.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'en raison de plusieurs incapacités de travail attestées par son médecin, l'assuré n'avait effectué que six jours d'évaluation durant lesquels il s'était montré plutôt démonstratif et plaintif avec un discours focalisé sur sa santé et ses difficultés. Il se levait et alternait les positions constamment. L'assuré a produit des certificats du Professeur P.\_\_\_\_\_ dont le dernier du 17 décembre 2011 attestait une incapacité de travail à 100% débutée le 19 décembre suivant d'une durée probable de trois à quatre semaines.

Selon un bilan de stage du 12 janvier 2012, la mesure débutée au centre I.\_\_\_\_\_ a été définitivement interrompue le 11 janvier 2012 pour raison de santé. Les référents de l'assuré ont fait part des observations suivantes :

“Commentaire sur le déroulement du stage :

Informations générales sur l'assuré :

M. Z.\_\_\_\_\_ est un homme âgé de 58 ans, de taille moyenne, il est de corpulence mince. Son visage marqué et sa démarche claudicante font qu'il paraît plus âgé qu'il ne l'est. Sa femme et sa fille étant en Bosnie, diminué physiquement et ne pouvant plus exercer sa profession, il se trouve dans une situation difficile.

Etat de santé physique et psychique :

Ces tussotements et son besoin fréquent d'alterner les positions debout-assise montrent qu'il n'est pas en pleine santé. Démonstratif, il déambule en se tortillant, en grimaçant et en gémissant. Manifestement très anxieux, il se dit paralysé. Il évoque des problèmes physiques localisés au côté gauche (a perdu de la souplesse), et se considère plus handicapé qu'il ne l'est (vraisemblablement au regard des 17-18 ans passés chez F.\_\_\_\_\_ dans des conditions de travail physiquement pénibles et usantes).

Comportement socioprofessionnel :

Démuni face à ce qui lui arrive, il ne voit pas ce qu'il pourrait faire étant donné ses lacunes en français (le parle avec difficulté, mais ne le lit pas). Très préoccupé, et vite dispersé dans son travail, nous observons à plusieurs reprises un homme épuisé, se prenant la tête dans les mains et s'endormant parfois sur sa chaise. Il tussote beaucoup. Visiblement doté de capacités résiduelles il est capable

de réaliser des manipulations techniques simples. Il fait preuve d'une coordination des mouvements très ralentie et d'une habileté et dextérité manuelles bien que sa mobilité est aujourd'hui réduite. La qualité de son travail est plutôt bonne, il reproduit lentement les processus de manière conforme à ce qui lui est demandé. Il regarde la pendule très régulièrement, se lève et se rassoit toutes les 3 minutes environ. Lorsqu'il nous parle c'est pour nous exposer ses problèmes de santé en nous imageant son corps malade depuis son flanc gauche jusqu'au niveau de sa tête comme un torchon qu'il essore. Il affirme avoir peur d'être victime d'une nouvelle attaque.

Les contacts qu'il entretient avec ses collègues sont quasi inexistantes. Avec ses supérieurs, il évoque deux choses : sa paralysie et sa peur. Il fait preuve de discrétion et ne parle presque pas. Au sein de l'atelier, il est quelque peu dévisagé et évité de par sa forte odeur corporelle et ses quintes permanentes.

#### Synthèse & Proposition :

Le bilan du stage réalisé souligne les éléments suivants: Pour lui, M. Z.\_\_\_\_\_ est paralysé. Du coup, il affiche une démarche imparfaite et bancale. Il est tourmenté mais se montre néanmoins disponible la première semaine. Dans ce sens, il met en pratique ses expériences. Au 05.12.11, il est absent pour maladie. Il réintègre notre Centre à 50% selon avis médical le 14.12.11. Le 19.12 nous recevons un appel de sa nièce (selon les dires de la personne en question), il est 07h40, nous sommes informés que l'assuré retourne chez son médecin, il ne se présentera pas cette journée et nous serons tenus au courant de la situation par la suite. Le lendemain, nous recevons un nouveau certificat médical stipulant une incapacité de travail de 100% depuis le 19.12 pour une durée probable de 3 à 4 semaines.

Visiblement, M. Z.\_\_\_\_\_ est incapable de mener à terme le stage d'orientation. C'est pourquoi, avec votre accord, nous avons interrompu la mesure au 11/01/12. Au vu de ce qui précède, nous vous laissons le soin de collecter auprès des services médicaux compétents, les informations utiles à instruire son dossier en vue de déterminer son droit à un soutien financier par votre assurance."

Le 27 janvier 2012, l'OAI a recueilli deux nouveaux certificats des 23 et 16 janvier 2012 du Professeur P.\_\_\_\_\_. Il en résulte une incapacité de travail de l'assuré à 100% de durée indéterminée débutée le 16 janvier 2012.

Par communication du 21 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi de la part de son service de placement.

Dans un rapport reçu le 2 mai 2012 par l'Office AI, le Professeur P.\_\_\_\_\_ renvoyait à ses diagnostics précédents. Mentionnant

un pronostic favorable, il retenait toujours une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 25 janvier 2010, sans aucune activité possible. Les multiples limitations fonctionnelles, valables dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, étaient : pas d'activité uniquement en position assise ou uniquement debout, exercée principalement en marchant (terrain irrégulier), en se penchant, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, pas de soulèvement ni port de charges et pas de montée sur une échelle, un échafaudage ou les escaliers. En annexe à ce rapport, figuraient notamment les pièces suivantes :

- un rapport relatif à un CT cérébral natif de contrôle du 14 février 2012 des radiologues Drs B. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, qui n'objective pas de nouvelles séquelles d'AVC ni d'apparition de nouvelle lésion depuis le comparatif (anglo-CT cérébral) du 7 octobre 2010 ;

- un rapport relatif à un examen neurosonologique effectué le 23 février 2012 à la demande du médecin traitant par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui se termine comme il suit :

“Conclusion

Athéromatose avancée au niveau des deux bifurcations carotidiennes mais sans signe d'une sténose hémodynamiquement significative. Ces résultats sont à interpréter dans les limites physiques d'un examen Doppler sonographique.

Car le patient se plaint de multiples sensations inhabituelles hémicorporelles gauches je me suis permis d'introduire 1 cp de Cipralex® 10 mg avec pour but d'augmenter la qualité de vie du patient.” ;

- un électrocardiogramme (ECG) du 28 mars 2012 par dispositif ECG Philips Healthcare avec les indications « ECG presque normal » et « diagnostic non validé » ;

Du 23 octobre au 30 novembre 2012, l'assuré a repris le suivi d'un stage d'évaluation-orientation mais à un taux de présence de 50%, aux ateliers du centre de formation d'I. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport de fin de stage du 26 novembre 2012, les référents en charge de l'assuré ont fait part des observations suivantes :

“4. SYNTHÈSE / PROPOSITIONS

Analyse et synthèse

Le stage d'orientation professionnelle d'une durée d'un mois et demi, organisé pour M. Z. \_\_\_\_\_ dans notre section de mécanique, montage industriel s'est déroulé dans des conditions adaptées à son état de santé et conformément au programme.

M. Z. \_\_\_\_\_ s'est impliqué au mieux de ses possibilités. De nature pessimiste, il vit dans la crainte d'un nouvel AVC et peine à se projeter dans l'avenir. Discret, il a suivi les consignes et réalisé les tâches demandées. Malgré son petit niveau de connaissances, il a montré des dispositions manuelles et pratiques pour assembler, à son rythme, du matériel électromécanique de manière adéquate. Il a besoin du personnel d'encadrement pour être guidé et rester actif dans son activité. En apparence angoissé, très démonstratif, il se déplace à l'aide d'une béquille en se tortillant, en grimaçant et en gémissant. Il toussote très fréquemment. Il doit alterner très régulièrement ses positions de travail. Même assis, il bouge constamment. De ce fait, son rendement, sur un taux de présence à 50%, est estimé actuellement à 25%.

Au vu de ce qui précède et en regard de son précédent passage en novembre 2011 dans notre établissement, M. Z. \_\_\_\_\_ ne peut manifestement pas prétendre à un emploi rémunéré dans l'économie. Seule une activité adaptée et à temps partiel en atelier protégé est envisageable. Par conséquent, nous vous demandons d'étudier son droit à un soutien financier de votre assurance.”

Dans son rapport final du 30 novembre 2012, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a indiqué qu'au vu du bilan effectué chez I. \_\_\_\_\_ en présence de l'assuré, il ne pouvait que constater qu'un reclassement au sein de l'économie n'était pas envisageable et que toute mesure visant cet objectif semblait « illusoire ». Il était dès lors mis un terme au mandat d'aide au placement.

Interpellé par l'Office AI selon la formule « les nouvelles pièces au dossier depuis votre avis précité sont-elles susceptibles de le modifier ? Si oui dans quelle mesure ? », dans un avis SMR du 4 décembre 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est positionné comme il suit :

“Voir le Rapport SMR du 16.03.2011

Depuis l'expertise neurologique et neuropsychologique du 07.03.2011 qui a servi de base au Rapport SMR susmentionné, il n'y a eu aucun fait médical nouveau. Le rapport du 02.05.2012 du Prof. P. \_\_\_\_\_, onco-hématologue et médecin traitant de l'assuré,

reprend les éléments mentionnés dans son premier rapport le 29.09.2010, dans lequel il estimait déjà que l'assuré ne pourrait plus travailler, pour des raisons en grande partie non médicales (âge et méconnaissance du français). Cette évaluation empathique du médecin traitant ne saurait l'emporter sur celle de l'expert neurologue. Quant aux conclusions du stage I. \_\_\_\_\_ (rapport Centres du 26.11.2012), elles ne sont pas basées sur des faits médicaux, mais sur les déclarations de l'assuré et sur son comportement très démonstratif.

Les conclusions du Rapport SMR restent valables.”

Par projet du 25 novembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente sur la base d'un degré d'invalidité de 32.41%, précisant également que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activité ne nécessitant pas de formation particulière était à portée de l'intéressé sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Il observait à cet égard qu'étant en incapacité totale de travail dans son activité habituelle de grutier depuis le 25 janvier 2010, l'assuré disposait néanmoins, au vu du rapport de l'expertise neurologique effectuée le 18 février 2011, d'une capacité de travail de 100% depuis octobre 2010 avec une baisse de rendement de 20% dans toute activité adaptée à son état de santé. Ses constatations étaient pour le surplus les suivantes :

“[...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'924.63 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, seul un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 42'108.75.

Sans atteinte à la santé et dans votre activité habituelle de grutier, vous pourriez prétendre à un revenu de CHF 62'307.80.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 62'307.80
avec invalidité	CHF 42'108.75
la perte de gain s'élève à	CHF 20'199.05 = un degré d'invalidité de 32.41%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée.”

Le 10 décembre 2013, le Professeur P.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'OAI ses remarques sur le projet de refus de rente précité. Indiquant suivre l'assuré dès 2010, il évaluait son incapacité de travail à 50% au minimum depuis lors. Le médecin traitant s'interrogeait également sur l'opportunité d'une expertise neurologique afin de préciser « équitablement » la capacité de travail et par suite le degré d'invalidité de son patient.

Le 6 février 2014, dès lors assisté par Procap Centre de Conseils en Assurances Sociales à Lausanne, l'assuré a fait part à l'OAI de sa contestation sur le préavis du 25 novembre 2013 en demandant l'octroi d'une rente entière ou, à tout le moins, une mesure sous la forme d'un reclassement professionnel. Il a produit à cet effet un rapport du 6 janvier 2014 du Professeur P.\_\_\_\_\_ qui n'excluait pas, à titre de diagnostic, une récurrence des troubles déjà chroniques en retenant un taux de présence de l'assuré à 20% dans une activité adaptée (à savoir des travaux physiques très légers, en position assise). D'avis que ses limitations fonctionnelles concordaient avec les rapports de son médecin et celui du 26 novembre 2012 du centre I.\_\_\_\_\_, l'assuré contestait le bien-fondé de l'avis SMR du 4 décembre 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_. Il soutenait ainsi que les informations recueillies durant le stage d'observation complétaient utilement les données médicales du Professeur P.\_\_\_\_\_ en démontrant concrètement qu'il n'était pas en mesure de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle retenue par le médecin du SMR. L'assuré critiquait également le taux d'abattement de 15% retenu par l'Office AI au titre de désavantage

salarial en le qualifiant de « nettement insuffisant » au vu de son âge (soixante et un ans) et ses limitations fonctionnelles.

Dans un avis SMR du 22 juillet 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est déterminé comme il suit :

“[...] L'assuré conteste le projet de décision (refus de rente) du 25.11.2013. Il fournit une lettre du Prof. P. \_\_\_\_\_, médecin traitant, datée du 10.12.2013 dans laquelle ce médecin demande de réévaluer la situation, sans apporter aucun fait médical nouveau.

Le 06.02.2014, le conseil de l'assuré apporte ses objections ; il se réfère au médecin traitant et au centre I. \_\_\_\_\_ pour affirmer que l'assuré n'est plus à même de mettre en valeur de manière significative sa CT [capacité de travail] résiduelle ; ces objections ont déjà été discutées dans l'avis SMR du 04.12.2012 et ne sont pas recevables.

Nous maintenons notre position.”

Par décision datée du 13 mai 2015 mais reçue le 9 juin 2015 par le conseil de l'assuré, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles.

**B.** Par acte du 7 juillet 2015 de Procap Suisse Service juridique, Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens et principalement à son annulation ainsi qu'à la constatation de son droit aux prestations litigieuses. Subsidiairement, il conclut au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision sur son droit aux prestations. Il allègue que les rapports du Professeur P. \_\_\_\_\_ et celui du centre I. \_\_\_\_\_ concordent s'agissant de l'étendue des limitations fonctionnelles de sorte que les informations recueillies au cours du stage d'observation complètent utilement les données médicales. En raison de son état de santé, il n'est plus à même de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle retenue par le Dr H. \_\_\_\_\_. Il soutient que l'expertise neurologique effectuée le 18 février 2011 à la Clinique [...] ne tient pas suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles actuelles. Les constatations de cette expertise sont contredites par les conclusions postérieures des stages I. \_\_\_\_\_ et du Professeur P. \_\_\_\_\_. Passif,

extrêmement anxieux et terrorisé par la perspective d'un nouvel AVC, le recourant soutient ne pas « du tout » être apte à produire un rendement de 80% même dans une activité simple ne demandant ni finesse, ni efforts physiques et pouvant être effectuée à son rythme. Le 6 janvier 2014, le médecin traitant a attesté une capacité de travail résiduelle de 20% dans des activités adaptées et confirmé que ses limitations fonctionnelles étaient attribuables à ses atteintes (à savoir, un status post AVC ischémiques multiples fronto-pariétaux dans le territoire de l'ACA et ACM droite d'origine antéro-artérielle probable avec héli-syndrome moteur et ataxique facio-brachio-crural gauche et quadranoscopie supérieure gauche). L'augmentation du taux de travail de 50 à 100% annoncée le 20 juillet 2010 par le Dr P. \_\_\_\_\_ à L. \_\_\_\_\_ ne s'étant pas concrétisée, le recourant fait valoir une évolution défavorable postérieure à l'examen neuropsychologique effectué en 2011 par le Dr V. \_\_\_\_\_ et requiert que l'instruction du dossier soit complétée par une expertise judiciaire pluridisciplinaire (cardiologique, psychiatrique et neuropsychologique). Outre l'évaluation de son état de santé, il conteste également le calcul de son préjudice économique par l'OAI. Dans l'éventualité où une capacité de travail résiduelle devrait être confirmée au terme de l'instruction complémentaire, il conclut à l'octroi par l'intimé de mesures professionnelles sous la forme d'un réentraînement à l'endurance et d'orientation suivies d'une aide au placement.

Par décision du 20 août 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 juillet 2015, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 20 octobre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Concédant que sur le plan médical, l'expertise neurologique remontait à 2011, il estime cependant que le Professeur P. \_\_\_\_\_ n'atteste pas une aggravation postérieurement à cette expertise et que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il conclut à une évolution défavorable du simple fait que son médecin traitant a préconisé, dans son rapport du 20 juillet 2010, une augmentation progressive du taux de travail de 50 à 100% puis une

diminution de la capacité de travail à 20% en 2014. Il observe que si le Professeur P.\_\_\_\_\_ est constant dans ses rapports s'agissant de son appréciation selon laquelle le recourant est en incapacité totale de travailler depuis 2010, il module toutefois son point de vue en retenant des pourcentages d'exigibilité de 20% à 50%. L'OAI considère avec le SMR dans ses avis successifs que le 29 septembre 2010 - et dans ses rapports postérieurs des 3 mai 2012, 10 décembre 2013 et 6 janvier 2014 -, le Dr P.\_\_\_\_\_ ne fait nullement part d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'expertise en 2011. L'intimé précise qu'une éventuelle future péjoration compte tenu des risques de récurrences mentionnés dans le rapport du 6 janvier 2014 pourrait alors faire l'objet d'une nouvelle appréciation. Concernant les stages effectués au centre I.\_\_\_\_\_, le premier ayant été interrompu prématurément au début 2012 il n'a pas pu aboutir à une évaluation concluante. Quant au deuxième, l'évaluation du rendement (à 25% d'un taux d'activité à 50% en regard des exigences de l'économie) en présence d'un assuré décrit comme très démonstratif, anxieux et préoccupé par ses propres problèmes et dont le rythme était irrégulier, reproduit le comportement observé mais sans illustrer l'exigibilité médicale. S'en référant aux conclusions du rapport d'expertise neurologique du 7 mars 2011, confirmées par le médecin du SMR au terme de ses avis ultérieurs, l'Office AI maintient que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail avec une diminution du rendement de 20% maximum compte tenu d'une fatigabilité associée aux troubles exécutifs et attentionnels minimes observés. L'OAI réfute pour terminer en totalité les griefs élevés par l'intéressé en lien avec le calcul de son préjudice économique.

En réplique, le 12 novembre 2015, le recourant a maintenu les moyens de preuve requis et les conclusions prises à l'appui de son acte du 7 juillet 2015. Il répète que l'expertise datant de 2011 n'est manifestement plus suffisamment actualisée au regard des constatations médicales plus récentes de son médecin traitant, lesquelles concordent avec les conclusions du stage d'observation effectué. A suivre le recourant, l'existence de doutes sur les conclusions de l'expertise précitée

impose la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire pluridisciplinaire (cardiologique, psychiatrique et neuropsychiatrique). Il se réfère pour le surplus aux griefs élevés dans son mémoire de recours en lien avec le calcul de son degré d'invalidité par l'intimé.

Au terme de sa duplique du 7 décembre 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions dans le sens du rejet du recours et de la confirmation de la décision litigieuse.

### **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. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

**b)** La question litigieuse porte en premier lieu sur l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement de la capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée et partant son droit à la rente et, le cas échéant, à d'éventuelles mesures professionnelles. Il s'oppose également, dans un second temps, à l'évaluation de son préjudice économique par l'OAI (calcul des revenus sans et avec invalidité ainsi que le taux d'abattement retenu).

**3. a)** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

**b)** L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**4.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C\_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C\_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

**5. a)** 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. 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\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 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; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 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 et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante.

Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; 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 les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C 91/2008 du 30 septembre 2008).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**b)** Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C\_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2).

Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C\_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 précités, 9C\_739/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2011 consid. 2.3 et les références citées).

**6.** En l'espèce, le médecin du SMR, dans ses avis des 4 décembre 2012 et 22 juillet 2014, constate l'absence d'éléments dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le rapport d'expertise neurologique et neuropsychologique du 7 mars 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_. Le SMR retient que si l'activité de grutier est définitivement compromise, il subsiste néanmoins une capacité médico-théorique de travail de l'assuré à 100% avec diminution de rendement de 20%, depuis octobre 2010, dans une activité adaptée (à savoir un travail de chantier au sol); se calquant sur l'expert mandaté, le médecin du SMR retient une diminution de rendement de 20% maximum depuis lors en raison d'une fatigabilité associée aux troubles exécutifs et attentionnels minimes observés, sans limitation physique particulière (cf. rapport SMR du 16 mars 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_).

Afin de compléter et préciser cette capacité de travail, en particulier en terme de rendement, dans le cadre de l'instruction de sa demande par l'Office AI, le recourant a entrepris le 30 novembre 2011 un

stage d'évaluation-orientation, à un taux de présence de 100%, prévu sur trois mois, aux ateliers du centre I.\_\_\_\_\_. En raison de plusieurs incapacités de travail attestées par le Professeur P.\_\_\_\_\_, il n'effectue au final que six jours d'évaluation durant lesquels il s'est montré, aux dires de ses examinateurs, comme quelqu'un de plutôt démonstratif et plaintif avec un discours focalisé sur sa santé et ses difficultés. Il se levait et alternait les positions constamment. Un nouveau stage chez I.\_\_\_\_\_ est organisé du 23 octobre au 30 novembre 2012. Il ressort du rapport de stage du 26 novembre 2012 que l'activité a été réalisée à un taux de 50% avec un rendement alors estimé à 25% et que malgré son petit niveau de connaissance, l'assuré a montré des dispositions manuelles et pratiques pour assembler, à son rythme, du matériel électromécanique de manière adéquate. Il y est précisé que celui-ci nécessite cependant du personnel d'encadrement afin d'être guidé et rester actif dans son activité. Il est décrit comme quelqu'un en apparence angoissé, très démonstratif, se déplaçant à l'aide d'une béquille en se tortillant, en grimaçant et en gémissant, toussotant très fréquemment. Le recourant est perçu comme étant de nature pessimiste, vivant dans la crainte d'un nouvel AVC et peinant à se projeter dans l'avenir. Au vu de leurs observations, les responsables au centre estiment que le recourant ne « peut manifestement pas prétendre à un emploi rémunéré dans l'économie » et que « seule une activité adaptée et à temps partiel en atelier protégé est envisageable » (cf. rapport de stage du 26 novembre 2012 du centre I.\_\_\_\_\_ p. 7).

En parallèle à ces constatations, le Professeur P.\_\_\_\_\_ atteste dans ses rapports, une capacité de travail variable puis une diminution à 20% en 2014 dans les suites (fluctuation des symptômes) des AVC ischémiques multiples fronto-pariétaux dans le territoire de l'ACA et ACM droite d'origine antéro-artérielle probable avec héli-syndrome moteur et ataxique facio-brachio-crural gauche et quadranoscopie supérieure gauche. Le 2 mai 2012, soit plus d'une année après le rapport d'expertise neuropsychologique du 7 mars 2011, il estime toujours que l'incapacité de travail de son patient est totale. Il joint notamment un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, dont il résulte l'introduction par ce dernier d'un

comprimé de Cipralex® 10 mg, soit un antidépresseur, en raison de plaintes multiples (sensations inhabituelles hémi-corporelles gauches) de l'assuré. Le Professeur P.\_\_\_\_\_ joint également un électrocardiogramme du 28 mars 2012 « presque normal ». Il retient alors les limitations fonctionnelles suivantes, valables depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 : pas d'activité uniquement en position assise ou uniquement debout, exercée principalement en marchant (terrain irrégulier), en se penchant, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, pas de soulèvement ni port de charges et pas de montée sur une échelle, un échafaudage ou les escaliers. Or ces restrictions sont compatibles avec l'étendue des restrictions observées en octobre - novembre 2012 durant le stage au centre I.\_\_\_\_\_. S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, le 10 décembre 2013, le Professeur P.\_\_\_\_\_ l'évalue à 50% maximum depuis 2010. Il fait part d'une aggravation dans son rapport du 6 janvier 2014, indiquant un taux de présence à 20% possible dans une activité adaptée pour un travail physique très léger, exercé en position assise. Le médecin traitant n'exclut en outre pas une récurrence des troubles déjà chronicisés chez l'intéressé.

Au vu de ce qui précède, on observe que les rapports du Professeur P.\_\_\_\_\_ et celui du centre I.\_\_\_\_\_ concordent tant en ce qui concerne l'étendue des limitations fonctionnelles présentées par le recourant qu'en ce qui a trait au taux de capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée. Partant, le médecin-conseil du SMR ne peut être suivi dans son appréciation lorsqu'il écarte les conclusions du centre I.\_\_\_\_\_ et du médecin traitant en raison de leurs constatations essentiellement subjectives et empathiques. Les informations recueillies à l'occasion du stage complètent au contraire utilement les données médicales fournies par le Professeur P.\_\_\_\_\_ en démontrant, concrètement, qu'en étant passif, extrêmement anxieux, terrorisé à la perspective d'un nouvel AVC, l'assuré n'est pas à même de produire un rendement de 80% dans une activité simple ne demandant ni finesse, ni efforts physiques et pouvant être effectuée à son rythme. Le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a ainsi constaté qu'au vu du bilan chez I.\_\_\_\_\_, un reclassement du recourant au sein de l'économie n'était pas

envisageable, qualifiant lui-même toute mesure visant cet objectif d'« illusoire » (cf. rapport final du 30 novembre 2012 p. 2). Ces opinions contraires sont aptes notamment à faire naître un sérieux doute à la faveur d'une évolution défavorable postérieure à l'examen neurologique et neuropsychologique effectué en février 2011.

En définitive, le médecin du SMR – et par suite l'OAI dans sa décision du 13 mai 2015 –, n'était pas fondé à fixer la capacité de travail résiduelle du recourant à 100%, depuis octobre 2010, avec une baisse de rendement de 20% dans toute activité adaptée à son état de santé en se basant uniquement sur les constatations et conclusions de l'expertise neurologique et neuropsychologique du Dr V. \_\_\_\_\_ datant de 2011, ceci à l'exclusion tant des appréciations professionnelles postérieures faites par le centre I. \_\_\_\_\_ que des rapports successifs du Professeur P. \_\_\_\_\_ sur la période de 2012 à 2014. Comme on l'a vu ci-avant, les conclusions du stage précité corroborent utilement les données médicales du médecin traitant, de sorte qu'un doute subsiste quant à une évolution défavorable postérieure à l'examen neurologique et neuropsychologique effectué en 2011.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à

l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise avec au moins un volet cardiologique, psychiatrique et neuropsychologique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

Au vu de l'issue du litige, la question litigieuse de l'évaluation du préjudice économique par l'OAI peut également souffrir de demeurer indécise en l'état.

**8.** En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**a)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'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. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

**b)** Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 13 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ le montant de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap Suisse Service juridique (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS)

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 :