

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 août 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Férolles et M. Reinberg, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 8, 43 et 44 LPGA ; art. 4, 28 et 29 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1951, est titulaire d'un certificat d'études agricoles.

Il a été engagé à plein temps par l'Etat de Vaud au sein de la Z.\_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> avril 1986 et y a exercé la fonction d'opérateur de trafic professionnel pour un salaire annuel de 91'738 fr. (valeur 2014).

**B.** Victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) le 29 janvier 2014, l'assuré a été pris en charge au sein du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, puis hospitalisé auprès des Etablissements D.\_\_\_\_\_, soit au sein du Centre G.\_\_\_\_\_, du 7 février 2014 au 28 février 2014, date de son retour à domicile.

La Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin-cheffe dudit centre, a rédigé un rapport de sortie dans le cas de l'assuré, en date du 1<sup>er</sup> avril 2014, mentionnant principalement un « AVC hémisphérique droit profond mineur » et, au titre de diagnostics secondaires, une « hypertension artérielle (HTA) », une « hypercholestérolémie », des « dorsalgies chroniques » et un « asthme ». Elle a relaté le traitement et l'évolution de la situation notamment en ces termes :

« [L'assuré] nous a été transféré pour suite de prise en charge dans le cadre d'un AVC hémisphérique droit profond mineur d'origine ischémique probable.

L'évolution dans notre établissement a été progressivement favorable. Le patient a bénéficié d'un traitement de physiothérapie lui permettant à la fin du séjour une indépendance aux transferts et à la marche avec un bâton de marche. Il persiste une légère difficulté à la mise en charge du MIG [réd. : membre inférieur gauche] lors des doubles tâches, ainsi qu'une fatigabilité importante à l'effort.

Au niveau de l'équilibre, [...] les items déficitaires sont l'équilibre les yeux fermés, debout pieds joints, debout bras en avant, debout les pieds en tandem, et la marche ralentie.

Au niveau sensitif, nous avons remarqué la persistance d'une hypoesthésie légère au niveau du MSG [réd. : membre supérieur gauche] et du MIG, mais lui permettant une dextérité tout à fait fonctionnelle. [...]

Au cours du séjour hospitalier, nous n'avons pas observé de récurrence d'AVC. Le patient a bénéficié d'un suivi par notre psychologue en raison d'une détresse morale mise en évidence. [...] En attendant le début du suivi psychiatrique nous avons introduit un traitement antidépresseur par citalopram [...]. »

La Dresse L.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, a procédé à une évaluation neuropsychologique de l'assuré le 3 avril 2014, afin de se prononcer sur son aptitude à la conduite automobile. Elle a conclu, à l'issue d'un rapport du 4 avril 2014, que l'examen avait mis en évidence « une normalisation des performances cognitives », la reprise de la conduite automobile ne s'avérant pas contre-indiquée sur le plan neuropsychologique.

**C.** En arrêt total de travail depuis la date de l'AVC, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 25 juin 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Était annexé à sa demande un certificat établi le 18 juin 2014 par son médecin généraliste traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel maintenait l'incapacité totale de travail jusqu'à fin septembre 2014.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins assumant le suivi de l'assuré, ainsi que de son employeur.

Le Dresse F.\_\_\_\_\_ du Centre G.\_\_\_\_\_, par rapport du 30 juin 2014, s'est référée à la teneur de la lettre de sortie du 1<sup>er</sup> avril 2014, citée supra, et a renvoyé à l'appréciation du médecin traitant s'agissant de la capacité de travail de l'assuré.

En date du 14 juillet 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service de neurologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, a complété un rapport à l'adresse de l'OAI. Il a indiqué que l'assuré était doté en l'état

d'une « capacité de travail de 75% du point de vue neurologique », susceptible d'amélioration, sous réserve d'un « petit risque d'aggravation (élément fonctionnel) ». Il a précisé que « si le patient n'arriv[ait] pas à atteindre 75% de la capacité de travail, il faudrait éventuellement rechercher des raisons psychologiques/psychiatriques (anxiété, etc.) ». A titre de limitations fonctionnelles, il a évoqué les « sensibilité et mobilité de la main gauche », ainsi que « quelques troubles de la concentration subjectifs ». Il a notamment joint à son rapport celui rédigé pour le médecin traitant à la suite d'une consultation spécialisée du 2 juillet 2014, où il a retenu à titre principal les diagnostics de « probable accident vasculaire cérébral profond lacunaire de l'hémisphère droit avec hémiparésie sensitivomotrice gauche, thrombolysé à 4h30 des symptômes » et de « probables troubles fonctionnels surajoutés ». Il a conclu ce dernier document comme suit :

« Le patient a une récupération partielle depuis l'accident vasculaire cérébral en janvier, mais il présente encore un handicap important de l'hémicorps gauche qui en partie pourrait être fonctionnel. Il devrait donc continuer des séances régulières de physiothérapie et d'ergothérapie. L'anxiété est traitée par citalopram ; vu ces symptômes émotionnels et un aspect fonctionnel du déficit, nous vous laissons le soin de discuter avec le patient une éventuelle prise en charge psychiatrique.

Il pourra reprendre progressivement son travail habituel et devrait pouvoir faire un taux de 75% environ d'un point de vue strictement neurologique.

[...] Nous recommandons également une activité physique quotidienne, d'intensité modérée et une alimentation de type méditerranéen. [...] »

Le rapport de l'employeur a été établi le 28 juillet 2014. Le Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV) a exposé que l'activité de l'assuré, essentiellement sédentaire, nécessitait notamment une bonne capacité de concentration et une réactivité, une faculté d'interprétation, de l'autonomie et la prise de décisions dans l'urgence. Les horaires s'avéraient irréguliers, l'activité pouvant être déployée de nuit. L'employeur estimait que l'assuré pouvait exercer une « activité administrative avec rendement mais sans aléas liés au stress et à l'urgence ».

A l'issue d'un rapport du 19 octobre 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'un « AVC profond droit, avec hémisindrome ataxique gauche, thrombolysé : hémiparésie gauche partielle séquellaire, à composante ataxique » et d'un « état dépressif réactionnel ». Il a précisé que son patient souffrait surtout d'ataxie et parésie des membres inférieur et supérieur gauches avec risque de chute, difficulté en terrain irrégulier, et qu'il requérait l'aide d'une canne pour se déplacer. Les tâches nécessitant une coordination fine avec le membre supérieur gauche n'étaient pas réalisables. Il a observé une « normalisation de l'état anxio-dépressif » sous traitement. L'incapacité de travail demeurait, à son sens, totale, tandis que les limitations fonctionnelles relevaient de « l'hémiparésie ataxique, de l'état anxio-dépressif réactionnel en voie de guérison et de séquelles neuropsychologiques probables », consistant particulièrement en une « fatigabilité ». L'exercice de l'activité habituelle ne lui semblait plus exigible, alors qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable au vu du « contexte global ».

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume des Drs R.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, médecins, a remarqué en date du 10 décembre 2014 que « des facteurs fonctionnels surajoutés pérennis[aient] la situation d'incapacité de travail » en présence de « conclusions contradictoires » quant à la capacité de travail, considérée comme nulle par le Dr C.\_\_\_\_\_ et de 75% dans l'activité habituelle par le Dr K.\_\_\_\_\_. Ces contradictions ne pouvaient « s'expliquer que par des éléments fonctionnels, non objectifs, extra-neurologiques ». Des questions complémentaires étaient posées directement par courrier spécifique au médecin généraliste traitant.

L'assuré a informé l'OAI par correspondance du 8 janvier 2015 de sa démission du poste d'opérateur de trafic professionnel et de sa mise à la retraite anticipée avec effet au 31 janvier 2015. Il a signalé ne plus être en mesure d'occuper sa fonction depuis son AVC survenu à fin janvier 2014, ainsi qu'en raison d'une opération subie à l'épaule gauche en novembre 2014.

En date du 10 avril 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions du SMR, en exposant les motifs justifiant, de son point de vue, la prolongation de l'incapacité totale de travail, soit des « séquelles incontestables de l'AVC au niveau de l'hémicorps gauche avec diminution de la dextérité du membre supérieur gauche, troubles de la marche », des « séquelles neuropsychologiques : ralentissement psychomoteur, fatigabilité, troubles de la concentration et une certaine diminution de la vigilance », des « discrets troubles de l'élocution » et un manque d'assurance. Il a considéré que l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_, qui n'avait pas revu le patient depuis juillet 2014, était trop optimiste, en raison « d'une part que l'exigence [du] poste de travail habituel a[vait] été sous-estimée et, d'autre part, qu'on tablait sur la récupération future d'une hypothétique composante fonctionnelle », infirmée ultérieurement. Il a souligné avoir sollicité l'avis d'un spécialiste en neurologie, le Dr S.\_\_\_\_\_, qui avait précisément permis d'exclure toute composante fonctionnelle. Il a qualifié d'utopique une réadaptation professionnelle étant donné le contexte global du cas particulier, relevant que les exigences du poste habituel rendaient risquée toute reprise de cette activité. Enfin, il a préconisé un « examen neurologique poussé, et non pas simplifié et axé uniquement sur la conduite automobile », dans le but d'objectiver les limitations fonctionnelles de son patient.

Était annexé le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, daté du 3 mars 2015, dont les conclusions sont libellées comme suit :

« Ce patient, qui a présenté un AVC probablement capsulo-thalamique droit, avec une hémiparésie ataxique gauche, qui a bénéficié d'une thrombolyse 4 heures 30 plus tard le 29 janvier 2014, garde actuellement **des séquelles incontestables** de l'hémicorps gauche concernant l'hypoesthésie, le déficit à la marche, l'ataxie modérée à la marche. Il y a en plus un handicap séquellaire de l'épaule gauche qui nécessite la poursuite de la physiothérapie. En définitive, indépendamment du fait que le patient est à la retraite définitive depuis fin janvier 2015, **je ne souscris en aucun cas** que ce patient a un status actuellement de troubles fonctionnels. [...] »

Le SMR, par l'intermédiaire du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a communiqué son avis le 18 mai

2015. Il a estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute une capacité de travail proche de la normale dès juillet 2014, « en tout cas dans une activité adaptée, peut-être même dans l'activité habituelle, ce qui aurait dû être confirmé par un examen neuropsychologique complet ». Le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2015 ne contenait aucun élément médical objectif justifiant une incapacité de travail au-delà de juillet 2014.

**D.** L'OAI a établi un projet de décision le 22 juin 2015, envisageant de refuser toutes prestations AI à l'assuré, compte tenu d'une capacité de travail et de gain entière, recouvrée dès juillet 2014.

Par pli du 16 juillet 2015, l'assuré a contesté ce projet de décision, singulièrement eu égard à l'appréciation de sa capacité de travail. Il s'est prévalu de la poursuite de son traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que de la prise d'antidépresseurs, au-delà de juillet 2014, ce qui rendait à son sens impossible la reprise de son activité lucrative à plein temps. Par ailleurs, en raison des séquelles de l'AVC, soit d'une fatigabilité importante, la concentration requise par son emploi usuel ne pouvait être garantie. En outre, il a indiqué avoir fait l'objet d'une arthro-IRM de son épaule gauche en date du 17 juillet 2014, laquelle avait mis en évidence une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Une intervention chirurgicale avait été effectuée par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, le 26 novembre 2014. Il a produit un tirage du rapport d'imagerie du 18 juillet 2014, dont il ressort ce qui suit :

« Déchirure très distale du tendon sus-épineux gauche [...], relativement importante, sans fuite du contraste extra-articulaire, associée à des géodes du trochiter.  
Arthrose acromio-claviculaire à composante inflammatoire avec prééminence de l'acromion latéralement vers le bas, susceptible de générer un conflit. Bonne trophicité musculaire. »

Les Drs T.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du SMR se sont exprimés sur les griefs de l'assuré par avis du 3 août 2015. Ils ont considéré que l'intervention chirurgicale du 26 novembre 2014 impliquait une situation cardiovasculaire suffisamment stable pour permettre une anesthésie. L'incapacité de travail consécutive à l'opération avait tout au plus duré trois mois, sans se répercuter durablement sur la capacité d'exercer

l'activité habituelle. Aucun élément médical nouveau ne venait mettre en doute les conclusions contenues dans le précédent avis du SMR du 18 mai 2015.

Fondé sur la détermination du SMR, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI en date du 15 octobre 2015, reprenant les termes de son projet de décision du 22 juin 2015.

**E.** L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 12 novembre 2015, concluant implicitement à sa réforme et à l'octroi de prestations AI. Après avoir rappelé le déroulement des faits à l'origine du litige et derechef décrit les exigences de son emploi habituel, il a réitéré ses arguments en lien avec l'appréciation de sa capacité de travail, considérant ne pas avoir été en état de reprendre son activité tandis qu'il avait opté pour une retraite anticipée dès fin janvier 2015. Il a annexé des copies des principales pièces médicales versées à son dossier.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 11 janvier 2016, en proposant le rejet. Il a mis en exergue l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_, ainsi que les avis médicaux établis par le SMR, et observé que le recourant n'avait fourni aucun élément nouveau ignoré à la date de la décision litigieuse.

Par réplique du 30 janvier 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions et souligné une nouvelle fois les contraintes importantes imposées par son activité habituelle, laquelle impliquait notamment des horaires irréguliers et un travail de nuit. Cette activité était à son sens incompatible avec les séquelles de son AVC, ainsi qu'avec la prise de traitements antidépresseur et anti-inflammatoire. Était joint à son écriture un tirage du cahier des charges afférent à la fonction d'opérateur de trafic professionnel, corroborant ses propos.

L'intimé a dupliqué le 22 février 2016, se référant à un nouvel avis des Drs T.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du SMR, daté du 15 février 2016, libellé notamment en ces termes :

« [...] Les séquelles de l'accident vasculaire cérébral - ainsi que l'attestent sans ambiguïté les deux neurologues mentionnés ci-dessus [réd. : les Drs K.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_] - concernent l'hémicorps gauche, non dominant, au niveau sensitivo-moteur. Il n'y a aucune attestation de troubles neuropsychologiques cognitifs ou exécutifs qui compromettraient une activité où la rapidité intellectuelle et l'acuité de l'attention sont primordiales.

Dans son courrier du 30.01.2016 [...] auquel est annexé le cahier des charges de son ancienne fonction, l'assuré décrit bien son activité irrégulière, stressante intellectuellement et psychologiquement ; au § 8.4 du cahier des charges, figurent comme exigences : flexibilité, gestion du stress, capacité d'analyse et autonomie dans la prise de décisions. Ceci est du domaine de la compétence cognitive et exécutive, Or - ainsi que cela est mentionné ci-dessus - aucun document médical parmi ceux qui figurent au dossier ne permet d'attester une déficience de l'assuré dans ces domaines-là.

En conclusion, force est d'admettre que les documents médicaux disponibles avant la décision du 15.10.2015 et depuis lors ne confirment pas l'inaptitude de l'assuré à assumer son ancienne fonction professionnelle à partir de fin juin 2014. »

Suite à la demande de la juge instructrice du 14 mars 2016, le recourant a produit le 5 avril 2016 un exemplaire du rapport d'évaluation neuropsychologique rédigé le 4 avril 2014 par la Dresse L.\_\_\_\_\_, qui n'était pas versé au dossier produit par l'intimé.

Les parties ont été avisées le 7 avril 2016 que la cause était gardée à juger sauf complément d'instruction décidé par la Cour ou réquisition spécifique de leur part.

### **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)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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).

**c)** In casu, le recours formé le 12 novembre 2015 contre la décision de l'OAI du 15 octobre 2015 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours peut en conséquence être qualifié de recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieux dans le cas particulier le droit de l'assuré à des prestations AI essentiellement au motif d'atteintes à la santé physique, singulièrement du fait des séquelles de l'AVC survenu le 29 janvier 2014, ainsi que d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs diagnostiquée en juillet 2014 et traitée par intervention chirurgicale le 26 novembre 2014.

Le recourant conteste spécifiquement la capacité de travail entière dans son activité habituelle, ou toute activité adaptée, que lui a reconnue l'OAI à compter de juillet 2014 sur la base des avis du SMR. Il relate notamment les contraintes des traitements entrepris et les séquelles durables liées à son AVC, tout en mettant en exergue les inconvénients engendrés par le traitement de son épaule gauche. Il conclut implicitement à la reconnaissance de son droit à une rente AI, non sans détailler les contraintes particulières imposées par son emploi au sein de la Z. \_\_\_\_\_.

Quant à l'intimé, se référant aux prises de position du SMR, y compris après étude du cahier des charges afférent au poste de travail occupé par l'assuré, il considère qu'aucune pièce médicale ne vient faire douter de l'appréciation du neurologue traitant, le Dr K. \_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant aurait recouvré une capacité de travail d'au moins 75% dans son activité habituelle dès juillet 2014 d'un point de vue strictement neurologique. Son état psychique se serait en outre amélioré sous traitement, tandis que l'intervention subie à l'épaule gauche n'aurait entraîné qu'une incapacité de travail de courte durée, au maximum de trois mois. Partant, l'assuré étant doté d'une capacité de travail et de gain préservée, il ne pourrait prétendre aucune prestation de l'AI.

Compte tenu des arguments des parties, il s'agit en premier lieu d'examiner si les pièces médicales à disposition permettent de se prononcer sur la capacité de travail effective de l'assuré.

Cas échéant, il conviendra en second lieu de statuer sur le droit à la rente de l'assuré, après avoir déterminé sa capacité de gain.

On ajoutera que la question d'éventuelles mesures professionnelles n'entre pas en ligne de compte en l'état, vu l'âge de l'assuré et étant donné sa décision de prendre une retraite anticipée avec effet au 31 janvier 2015.

**3.** Préalablement, les dispositions légales relatives à l'invalidité et aux conditions mises à l'octroi d'une rente d'invalidité seront rappelées ci-dessous.

**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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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 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)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré

d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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).

A teneur de l'art. 29 LAI, la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

L'assuré cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité notamment dès qu'il peut prétendre la rente de vieillesse de l'AVS (art. 30 LAI).

**c)** En l'espèce, on peut observer que la question du versement d'une rente d'invalidité en faveur du recourant ne se pose que pour la période limitée s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 août 2016.

Le droit à la rente ne peut en effet prendre naissance qu'à l'issue du délai de carence d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit en l'occurrence au plus tôt dès janvier 2015, compte tenu de l'incapacité de travail prononcée des suites de l'AVC survenu le 29 janvier 2014. L'assuré atteint par ailleurs l'âge légal de la retraite en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) durant le mois d'août 2016, ce qui entraîne ex lege l'extinction de son éventuel droit à une rente AI selon l'art. 30 LAI susmentionné.

**4.** 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 [Tribunal fédéral] 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et 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 ; 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 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 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois 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. Ainsi, il convient 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.** In casu, force est de constater que la capacité de travail du recourant, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ne peut être déterminée précisément sur la base du dossier constitué par l'OAI. Il en va du reste de même des limitations fonctionnelles affectant les aptitudes du recourant, ainsi qu'il sera exposé infra.

**a)** Sur le plan neurologique, le Dr K. \_\_\_\_\_ s'est certes exprimé quant à la capacité de travail de l'assuré à l'issue de son rapport à l'intimé du 14 juillet 2014, en retenant une « capacité de travail de 75% actuellement ». Cela étant, il s'est en même temps référé à son compte-rendu de la consultation du 2 juillet 2014, où il a évoqué une reprise

progressive de l'activité habituelle, sans toutefois préciser les étapes temporelles de ce retour à l'emploi. Le Dr K.\_\_\_\_\_ n'a ainsi pas clairement déterminé si son appréciation d'une capacité de travail de 75% s'avérait définitive, si une activité était envisageable à plein temps et dans quel délai. Ce spécialiste a en outre mentionné des limitations fonctionnelles, soit des problèmes de sensibilité et de mobilité de la main gauche, ainsi que de concentration, sans se prononcer sur leur caractère éventuellement définitif ou leur potentielle amélioration (cf. rapport du 14 juillet 2014, p. 4). On ignore également si et dans quelle mesure de telles limitations seraient de nature à restreindre la capacité de travail dans l'activité habituelle, notamment au niveau des mouvements requis dans la manipulation des appareils à disposition de l'assuré pour occuper son poste de travail usuel. On ajoutera, eu égard à l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_, que ce dernier n'a pas exclu un petit risque d'aggravation, en dépit de son attribution à une composante fonctionnelle (cf. rapport du 14 juillet 2014, p. 2).

A l'inverse du spécialiste précité, le Dr S.\_\_\_\_\_ a pour sa part objectivé des séquelles importantes et durables de l'AVC, soit un déficit et une ataxie modérée à la marche, à l'issue de son rapport au Dr C.\_\_\_\_\_ du 3 mars 2015. Ces éléments sont clairement dénués d'incidence dans le contexte de l'activité sédentaire exercée habituellement par l'assuré. Cela étant, ce praticien a également fait état d'une légère dysarthrie sans cependant mesurer son impact dans l'emploi occupé par le recourant, lequel nécessite des bonnes facultés de communication. En outre, sont mentionnées des problématiques du membre supérieur gauche, sans que leur origine ne soit élucidée, à savoir si elles sont imputables en tout ou partie à l'AVC ou à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs communiqué aucune évaluation précise de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Malgré ce défaut, l'examen clinique effectué et les constats objectifs rapportés le 3 mars 2015 par le Dr S.\_\_\_\_\_ sont incontestablement venus mettre en doute la pérennité des conclusions antérieures du Dr S.\_\_\_\_\_.

S'agissant de l'examen neuropsychologique pratiqué par la Dresse L.\_\_\_\_\_, il a trait exclusivement à l'aptitude à la conduite automobile de l'assuré et ne fournit pas d'éléments déterminants pour juger de sa capacité de travail en tant qu'opérateur de trafic (cf. rapport du 4 avril 2014). Ainsi que l'avait d'ailleurs suggéré le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 avril 2015, cet examen aurait dû être complété par une évaluation globale des aptitudes du recourant pour pouvoir fonder l'appréciation du potentiel de ce dernier à la reprise de son activité habituelle. Tel n'ayant pas été le cas, ce document ne permet pas de corroborer l'appréciation de la capacité de travail opérée par le SMR.

Enfin, on relèvera que les déclarations de l'assuré au Dr S.\_\_\_\_\_, eu égard à des activités ponctuelles extraprofessionnelles, à savoir la conduite automobile, la taille d'arbres ou la gestion de sa chaudière à bois, ne permettent pas sérieusement d'inférer une capacité à exercer une activité lucrative et à remplir les exigences requises dans le cadre d'un emploi à plein temps (cf. rapport du 3 mars 2015, p. 2).

En l'état, il n'est en définitive pas possible d'accorder la prépondérance à l'un ou l'autre des avis neurologiques des Drs K.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis son AVC. La Dresse L.\_\_\_\_\_ ne fournit pas davantage d'éléments déterminants à cet égard. Il convient donc de retenir que les documents médicaux versés au dossier de l'OAI sont insuffisants pour chiffrer la capacité de travail de l'assuré et ses éventuelles fluctuations depuis le 29 janvier 2014, ainsi que pour préciser ses restrictions fonctionnelles.

On ne saurait au surplus se fonder sur les considérations de l'employeur de l'assuré, en ce qu'il a considéré que la reprise de l'activité habituelle s'avérait compromise et suggéré la recherche d'un emploi adapté à sa situation. La capacité de travail est en effet une notion entrant dans le champ de compétence des médecins, tandis que l'on ignore si des

pièces médicales spécifiques, éventuellement inconnues de l'intimé, ont orienté l'appréciation de l'employeur.

**b)** Eu égard au registre rhumatologique ou orthopédique, soit quant aux conséquences de la lésion de la coiffe des rotateurs, l'intimé n'a procédé à aucune mesure d'instruction et s'est limité à suivre l'appréciation purement théorique de l'incapacité de travail communiquée par le SMR, sans solliciter de rapport auprès du chirurgien traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_.

On ne dispose ainsi d'aucune information sur le cas concret, en particulier quant à l'évolution post-opératoire et au caractère éventuellement incapacitant de cette nouvelle atteinte à la santé dans l'exercice d'une activité habituelle ou adaptée. On ignore également si de nouvelles limitations fonctionnelles ont lieu d'être prises en compte des suites de l'intervention chirurgicale du 26 novembre 2014.

Dès lors, il n'est pas possible de déterminer si cette nouvelle atteinte à la santé constitue un nouveau cas d'assurance et quelles en sont les incidences en termes de durée, d'incapacité de travail et de gain.

**c)** On concèdera enfin à l'intimé que le volet psychique de l'état de santé du recourant n'a a priori pas lieu d'être investigué plus avant, dans la mesure où le suivi psychiatrique préalablement préconisé en faveur de l'assuré n'a pas été mis en œuvre.

Au demeurant, le Dr C.\_\_\_\_\_ a expressément relevé que cet aspect s'était considérablement amendé sous traitement antidépresseur (cf. rapport du 19 octobre 2014), tandis qu'il n'en fait plus état à l'issue de son rapport au SMR du 10 avril 2015. Quant au Dr S.\_\_\_\_\_, il a expressément exclu toute composante fonctionnelle dans les troubles présentés par l'assuré lors de son examen clinique (cf. rapport du 3 mars 2015).

**6.** Etant donné les carences dont souffre le dossier médical du point de vue somatique, on ne peut déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré, tant dans l'exercice de son activité habituelle, que dans une activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles. Ces dernières sont d'ailleurs incomplètement décrites, puisqu'on ignore en l'état celles découlant éventuellement de l'atteinte de l'épaule gauche et celles attribuables aux conséquences de l'AVC. Un complément d'instruction doit dès lors incontestablement être mené à bien au préalable pour éclaircir ces questions.

**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 (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 (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 (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant de chiffrer précisément la capacité de travail du recourant et l'évolution de dite capacité, non seulement eu égard aux séquelles de l'AVC, mais également compte tenu de l'intervention chirurgicale subie à l'épaule gauche. Il lui appartenait également de préciser les limitations fonctionnelles du recourant et de déterminer exactement l'éventuelle activité adaptée à ces restrictions.

Le renvoi à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant. L'OAI se devra en conséquence de conduire une instruction complémentaire de la situation somatique de l'assuré en vue de clarifier sa capacité de travail effective,

avant de statuer une nouvelle fois sur son droit à des prestations AI sous forme de rente.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** Quoiqu'obtenant gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, dans la mesure où il n'est pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 15 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas alloués de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

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

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 :