

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mai 2016

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Brélaz Braillard et M. Dépraz, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé comme aide-chauffeur auprès de la société P.\_\_\_\_\_ à [...].

**B.** Par courrier du 8 avril 2015, U.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain maladie, a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) concernant l'assuré, au motif d'une « abduction limitée de l'épaule droite avec rupture de la coiffe des rotateurs » depuis le 3 novembre 2014. L'assureur perte de gain maladie a également communiqué son dossier médical à l'OAI, dont il ressort notamment ce qui suit.

Dans un rapport médical du 3 novembre 2014 adressé au Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin praticien, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une suspicion de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire) et un status après rupture du tendon long chef du biceps. Sous la partie « Appréciation et attitudes », ce médecin constatait une rupture des tendons du sus-épineux, de la partie haute du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Il allait réaliser une arthro-IRM pour confirmer le diagnostic et vérifier l'état de la musculature, qui cliniquement ne donnait pas une très bonne impression.

Par certificat médical du 3 novembre 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % dès le 3 novembre 2014 jusqu'au 7 janvier 2015, date de l'opération programmée.

Dans un rapport du 9 décembre 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'arthro-IRM montrait une rupture du sus-épineux et une rupture de la partie haute du sous-scapulaire. La rupture du sus-épineux n'était transfixiante que dans la partie antérieure du tendon et s'étendait vers le côté postérieur comme lésion partielle très importante avec

rétraction assez importante de la bonne partie du tendon. Le Dr L. \_\_\_\_\_ pensait que ce tendon était complètement élastique et ne fonctionnait plus correctement.

En date du 7 janvier 2015, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite, une reconstruction osseuse de la coiffe des rotateurs, une synovectomie/bursectomie, une décompression sous-acromiale et une capsulotomie antérieure.

Dans un rapport du 21 janvier 2015, les Drs L. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont notamment observé que l'intervention du 7 janvier 2015 s'était déroulée dans de bonnes conditions et que les suites opératoires avaient été simples et afebriles. Une physiothérapie de rééducation de l'épaule avait débuté durant l'hospitalisation et devait être poursuivie par la suite. L'incapacité de travail était de 100 % du 7 janvier 2015 au 8 mars 2015 et de 0 % dès le 9 mars 2015.

Dans un rapport médical du 17 février 2015 du Dr L. \_\_\_\_\_ adressé à U. \_\_\_\_\_, ce médecin a posé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il indiquait que son patient était en incapacité de travail totale depuis le 3 novembre 2014 jusqu'au 31 mai [recte : mars] 2015. Le pronostic était qualifié de bon.

Dans un rapport médical du 17 février 2015 du Dr L. \_\_\_\_\_ au Dr Q. \_\_\_\_\_, il était mentionné ce qui suit:

« Je vois le patient à 6 semaines d'une arthroscopie de l'épaule droite, reconstruction transosseuse de la coiffe des rotateurs autour de l'intervalle des rotateurs (SSC et SSP), décompression sous-acromiale avec excision d'un petit os acromial et capsulotomie antérieure.

Il va subjectivement moyennement bien, ressent des douleurs résiduelles dont le caractère est complètement différent qu'avant l'intervention. La douleur est strictement limitée à la mobilisation de l'épaule, elle gêne d'un côté lorsqu'il veut se coucher sur le côté droit et de l'autre côté surtout vers le matin. Il s'agit donc de la capsulite rétractile post-opératoire typique. L'abduction gléno-humérale est presque de 90° ceci avec un déficit en ce qui concerne la RE II qui est dans l'ordre de 60° à 70°. Arrive assez aisément au niveau de L1 avec le dos de la main droite et le test de Gerber est

négatif ( !). Le test de Jobe est négatif, la force en rotation externe est presque symétrique. Il y a des craquements à la mobilisation de l'épaule causés ou par l'inflammation dans l'espace sous-acromial ou éventuellement par les fils voir les nœuds. Le bruit voir les irrégularités inquiètent le patient. Du point de vue objectif je dois dire que je trouve ce résultat à 6 semaines assez bon. Ce patient qui est un travailleur de force chez P. \_\_\_\_\_ à [...] a besoin encore d'au moins 6 semaines d'incapacité de travail pour récupérer. Je lui ai proposé d'aller en physiothérapie au H. \_\_\_\_\_ à [...] car là il peut en même temps nager. J'ai prolongé l'incapacité de travail jusqu'au prochain rendez-vous d'ici 6 semaines. »

Par certificat médical du 17 février 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % dès le 17 février 2015 jusqu'au 31 mars 2015.

Dans un rapport médical du 31 mars 2015 adressé au Dr Q. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a mentionné les éléments suivants :

« Je vois Monsieur W. \_\_\_\_\_ à 3 mois après arthroscopie épaule droite, reconstruction osseuse de la coiffe des rotateurs (tendons sous-scapulaire et sus-épineux), synovectomie/bursectomie, décompressions sous-acromiale et capsulotomie antérieure.

Il y a toujours beaucoup de craquements à la mobilisation de l'épaule. La mobilité en soi s'est un peu améliorée. L'abduction gléno-humérale est de 80° avec un déficit en ce qui concerne la RE II qui est dans l'ordre de 70°. La manoeuvre de Jobe est négative. La force au Belly press me semble être plus ou moins symétrique, le test Napoléon est négatif lui aussi. Le test de Gerber est inutilisable car la rotation interne n'est pas suffisante. En raison des craquements j'ai fait faire une radio de l'épaule face/axiale.

Radio : la radio de ce jour montre que les ancrés sont exactement dans la même position qu'en post-op donc elles n'ont pas bougé. L'épaule reste bien centrée. Les craquements sont donc ou le résultat d'une enflure de l'espace sous-acromial ou peut-être influencés par les nœuds de fil. Je ne vois à ce moment-là pas d'indication à des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à part la poursuite de la physiothérapie.

Ordonnance pour physiothérapie, incapacité de travail à 100% jusqu'au 12.05.2015 date du prochain rendez-vous. »

Dans un questionnaire de l'OAI complété par l'employeur de l'assuré le 21 avril 2015, ce dernier a indiqué que l'assuré touchait un salaire de 4'950 fr. par mois, mais que le salaire mensuel correspondant au rendement réel de l'assuré se montait à 4'200 fr. L'employeur précisait notamment que l'activité de l'assuré comprenait également des travaux

d'entretien mais que ce dernier avait subi une diminution de sa résistance physique.

Le 12 mai 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ a certifié que son patient était en incapacité de travail de 100 % dès le 13 mai 2015 jusqu'au 31 mai 2015, à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2015 jusqu'au 30 juin 2015 et à 0 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Dans un rapport du 18 mai 2015 adressé au Dr Q. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a décrit une situation qui s'était beaucoup améliorée, « avec un déficit en ce qui concerne la RE II qui ne dépasse maintenant guère le 20° ». La manœuvre de Jobe était négative mais un peu asymétrique. Le patient se plaignait de douleurs, surtout pendant la nuit, et disait devoir prendre des antidouleurs tous les jours. Le Dr L. \_\_\_\_\_ avait donc procédé à une infiltration sous-acromiale, ce qui améliorait la douleur selon les dires du patient. La capacité de travail était de 50 % à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015 et de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Dans un rapport du 9 juin 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Un bilan endoscopique a été réalisé le 3 juillet 2015. Dans son rapport du même jour, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a conclu à un status après colectomie segmentaire pour polype non dégénéré de l'angle hépatique, à une diverticulose sigmoïdienne et à une varice œsophagienne de grade II. Ce médecin remarquait que la cirrhose pouvait potentiellement créer des problèmes à l'avenir.

Dans un rapport médical parvenu à l'OAI le 3 août 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a signalé des douleurs au niveau de l'épaule droite et une pseudo-paralysie. Il observait en outre que l'assuré devait monter le bras droit à l'aide de son autre bras. Ce médecin constatait une rupture des tendons du sus-épineux de la partie haute du sous-scapulaire et du long

chef du biceps. Il ajoutait qu'une intervention était nécessaire. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ indiquait en outre que l'assuré ne pouvait pas exercer d'activité nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, de soulever ou de porter des charges, ou de monter sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées.

Dans un rapport médical parvenu à l'OAI le 3 août 2015 également, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome bilatéral du tunnel carpien, de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec ankylose résiduelle, de consommation à risque d'alcool aujourd'hui sevrée, de cirrhose alcoolique avec hypertension artérielle portale et de polyneuropathie toxique. Ce médecin observait entre autres des douleurs de l'épaule droite ainsi que l'installation récente d'une cirrhose éthylique et de ses complications, notamment à type de varices œsophagiennes. Sous la partie « Constat médical », le Dr Q. \_\_\_\_\_ écrivait ce qui suit : « ankylose de l'épaule dr. qui reste douloureuse avec une abduction très limitée, hépatomégalie bosselée sans ascite. Un sevrage presque total de consommation d'alcool a pu être entrepris depuis 2013 et fait l'objet de contrôles réguliers ». L'incapacité de travail dans la profession de l'assuré était toujours de 100 %, et ce depuis le 8 octobre 2014. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, dépendait de l'évolution, mais le pronostic était qualifié de pessimiste.

Un entretien entre l'assuré et l'OAI a eu lieu en date du 31 juillet 2015. Dans son rapport y relatif du 3 août 2015, l'OAI a notamment relevé que l'intéressé disait avoir repris son travail à 50 % le 1<sup>er</sup> juin 2015 puis à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Le 3 août 2015, l'OAI a informé W. \_\_\_\_\_ qu'il allait assurer le suivi de la reprise de son activité habituelle, du 1<sup>er</sup> août 2015 au 1<sup>er</sup> octobre 2015.

Lors d'un entretien téléphonique du 2 septembre 2015, l'assuré a expliqué à l'OAI que la reprise se passait bien, même s'il ne faisait plus le même travail. Son poste avait été adapté et il ne portait pas de charges lourdes.

Le 15 octobre 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il continuait toujours son activité à 100 %.

En date du 16 octobre 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans ce document, l'autorité observait que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 3 novembre 2014 au 31 mai 2015 et de 50 % du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 30 juin 2015. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain dans son activité habituelle. Dans ces conditions, le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente devait être nié.

Par décision du 26 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, pour les motifs évoqués dans le projet de décision du 16 octobre 2015.

**C.** Par acte du 16 décembre 2015, W.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 26 novembre 2015, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci et à ce que la Cour de céans lui accorde une mesure de reclassement et une « participation de rente d'invalidité ». À l'appui de son écriture, le recourant invoque le fait qu'il ressent des gênes constantes dans son activité d'aide-chauffeur et qu'il n'est pas apte à prendre une activité à 100 %.

Dans sa réponse du 22 février 2016, l'intimé a indiqué à la Cour de céans qu'il avait soumis le dossier du recourant au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) et a produit l'avis médical de ce dernier, daté du 16 février 2016 et signé par les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, dont il ressort notamment ce qui suit :

« Le MT le Dr. Q. \_\_\_\_\_, dans son RM du 3.8.2015, pose les diagnostics de cirrhose éthylique avec varices œsophagiennes et de syndrome bilatéral du tunnel carpien. L'assuré serait actuellement abstinent. La lettre du Dr. T. \_\_\_\_\_, gastro-entérologue confirme ces dires. L'existence d'un polype non dégénéré au niveau colique (colectomie segmentaire en juillet 2013), d'une diverticulose, de même que l'état actuel de la cirrhose, ne représentent pas des motifs d'incapacité de travail. Un mois après la reprise du travail effectuée par le Dr. L. \_\_\_\_\_, il estime l'IT toujours totale. Une ankylose résiduelle est signalée.

Sur le plan de la place de travail, la charge a été diminuée selon l'entretien du 3.8.2015 en IP, et ce un mois après la reprise à 100% dans ce qui doit être considéré comme une activité adaptée. Il est important de rappeler que l'orthopédiste L. \_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle pouvait être reprise à 100%.

Plaise au tribunal, en raison de la discordance d'appréciation de la capacité de travail, d'interroger les intervenants sur ce plan, par exemple :

Au Dr. Q. \_\_\_\_\_ : vous mentionnez en particulier que l'incapacité de travail est toujours de 100%, alors que le Dr. L. \_\_\_\_\_ ayant opéré votre patient, a fixé une reprise à 50 % dès le 1.6.2015 et à 100% dès le 1.7.2015 selon son rapport médical du 9.6.2015, et ce dans l'activité dite « normale ». De plus, lors de son entrevue avec le spécialiste en réadaptation professionnelle du 3.8.2015, votre patient avait donc repris son travail depuis deux mois à 100%, et dans une conversation téléphonique du 8.9.2015, signalait que la reprise se passait bien, qu'il ne portait plus de charges lourdes. Par ailleurs, les renseignements que nous avons de votre part ne peuvent expliquer une incapacité de travail, la cirrhose hépatique n'étant pas décompensée, l'abstinence alcoolique étant maintenue, la diverticulose et le polype non cancéreux n'entrant pas, apparemment en ligne de compte. Pour permettre de poursuivre l'instruction du dossier de la personne susmentionnée, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les diagnostics justifiant une incapacité de travail depuis le 1.7.2015 ?
  2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle voire dans une activité adaptée ?
  3. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
  4. En cas de fait nouveau ayant justifié des investigations, merci de nous en donner le détail (rapports de consultations etc...)
- 
1. Au Dr. L. \_\_\_\_\_, hôpital de [...] : La reprise au 1.7.2015 a-t-elle été effective et votre patient a-t-il pu reprendre son activité sans problème ?
  2. Avez-vous été sollicité après votre rapport du 9.6.2015 ? si oui, merci de nous en donner l'évolution. »

L'intimé propose dès lors que les Drs Q.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ soient interrogés dans le sens indiqué par le SMR dans son avis médical précité.

Par courrier du 15 mars 2016, le recourant a requis la suspension de la cause. Il invoque qu'il va prochainement être opéré et qu'il espère par la suite retrouver sa pleine capacité de travail. Il précise qu'il est actuellement fortement diminué physiquement et qu'il ne peut plus assumer le port d'une charge, même petite, et qu'il risque de perdre sa place de travail.

La juge instructrice a répondu au recourant en date du 17 mars 2016, l'informant du fait que dans la mesure où la Cour de céans doit juger la cause dans la situation existant au moment de la décision attaquée, elle ne peut tenir compte de faits postérieurs.

### **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 (art. 1 al. 1 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 al. 1 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique 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 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173]).

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours formé le 16 décembre 2015 contre la décision de l'OAI du 26 novembre 2015 est ainsi recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de W. \_\_\_\_\_ à des mesures d'ordre professionnel, en particulier un reclassement, ainsi qu'à une rente d'invalidité, le recourant considérant qu'il n'est pas apte à travailler à 100 %.

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

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

L'art. 28 al. 1 let. a LAI a codifié le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente constamment réaffirmé par la jurisprudence. Cela signifie que la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels. Le droit à la rente revêt ainsi un caractère subsidiaire, dans la mesure où elle n'est en principe allouée que

lorsque la réadaptation n'est pas possible, lorsqu'elle s'est avérée insuffisante ou lorsqu'elle a échoué (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2016 p. 532 et réf. cit).

En outre, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. De surcroît, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI.

**c)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI, 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201]).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité

lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

**d)** Cependant, lorsque la capacité résiduelle de travail de l'assuré est la même aussi bien dans son activité habituelle que dans son activité adaptée, le degré d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (comparaison en pour-cent ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C\_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5). Il n'y a dès lors pas lieu, dans un tel cas, de procéder à une approche médico-théorique de l'invalidité de l'assuré et à un éventuel abattement pour des limitations fonctionnelles importantes ou d'autres motifs, le taux d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (CASSO AI 112/13 - 255/2014 du 10 octobre 2014 consid. 6 ; Valterio, op. cit., n° 2034 p. 538 et réf. cit.).

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer

les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**b)** C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6. a)** En l'espèce, force est de constater que l'instruction menée par l'OAI est insuffisante. L'autorité a rendu la décision querellée en se fondant uniquement sur l'appréciation médicale du Dr L.\_\_\_\_\_, laquelle est contredite par celle du Dr Q.\_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant. En effet, le Dr L.\_\_\_\_\_ estimait qu'une reprise de l'activité habituelle à 50 % était possible dès le 1<sup>er</sup> juin 2015, avec une reprise à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 (cf. certificat médical du 12 mai 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_). Or en date du 3 août 2015, soit presque trois mois après l'évaluation du Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ considérait quant à lui que l'incapacité de travail de son patient était toujours de 100 % (cf. rapport médical du 3 août 2015 de ce médecin).

Face à cette divergence d'opinions, il incombait à l'OAI de mettre en œuvre les mesures nécessaires afin de déterminer précisément quelle était la capacité résiduelle de travail du recourant. Dans sa réponse du 22 février 2016, l'intimé a d'ailleurs admis qu'il convenait de questionner les médecins précités à cet égard et a requis que la Cour de céans se charge de les interroger.

Au vu de ce qui précède, il apparaît donc que la situation médicale, en particulier s'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant, n'a pas été suffisamment investiguée.

**b)** Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires

auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce.

Pour ce motif, il convient donc d'admettre le recours, de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il interpelle les médecins du recourant et qu'il clarifie la question de la capacité résiduelle de travail de ce dernier, si nécessaire au moyen d'une expertise, et qu'il rende une nouvelle décision.

**c)** Vu le sort du recours, la question des mesures d'ordre professionnel peut demeurer ouverte.

**7. a)** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 26 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière:

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :