

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Thalmann et M. Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Luce Julsaint
Buonomo, avocate à Gland,

et

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

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

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], sans formation professionnelle mais titulaire du permis poids lourd suisse obtenu le [...] 1991, travaille en qualité de concierge et employé de maison à 100%, depuis le 1^{er} juillet 2006, pour le compte de l'entreprise G. _____ SA, dont le siège est à [...]. Le 9 janvier 2012, 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, souffrir de fatigue et sommeil constants, en augmentation depuis une dizaine d'années. En annexe, l'assuré a joint d'une part, une attestation du 3 janvier 2012 du Dr A. _____, spécialiste en neurologie et électroencéphalographie, du Centre [...] ([...]) au [...], relevant que le patient ne pouvait pas conduire des véhicules à des fins professionnelles pour raison médicale et, d'autre part, une décision administrative du 2 juillet 2009 du Service des automobiles et de la navigation (SAN), dont il ressort notamment ce qui suit :

“[...] Au vu des renseignements médicaux en notre possession et du préavis de notre médecin-conseil établi en date du 24 juin 2009, vous êtes inapte à la conduite des véhicules automobiles du 2^{ème} groupe.”

L'assuré a déposé son permis poids lourd au SAN le 2 juillet 2009.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 31 janvier 2012 par G. _____ SA, les tâches de l'assuré, en sa qualité de concierge à plein temps (8 h. / jour pour un total de 40 h. hebdomadaire), comprenaient le nettoyage d'immeuble, la cuisine, le jardinage, le nettoyage et la conduite de voitures (souvent) ainsi que du maçonnerie (parfois). En réponse à la question "A votre avis, quel travail pourrait faire votre collaborateur, resp. votre collaboratrice?", il était inscrit "ne peut plus conduire - concierge + autres à 50% et moins, temps réduire

nettement". L'employeur a joint deux certificats du 3 janvier 2012 du Dr A._____.

Dans un rapport du 10 février 2012 à l'intention de l'OAI, le Dr A._____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de narcolepsie / hypersomnie idiopathique (depuis 2004) ainsi que les diagnostics, non invalidants, de syndrome d'apnées du sommeil et de léger trouble de l'humeur (depuis 2007). Mentionnant un pronostic réservé en raison d'une hypersomnie diurne sévère objectivée lors de tests électro-physiologiques, ce spécialiste estimait que la profession d'"homme à tout faire, y.c. concierge et chauffeur" n'était plus exigible en plein. L'assuré ne pouvait pas conduire (risque d'endormissement) et était contraint d'effectuer une à deux siestes de trente minutes par jour. Le Dr A._____ était d'avis que depuis 2008 au moins, l'activité habituelle pouvait être exercée à 70% (avec un rendement légèrement réduit) mais sans conduite automobile ni soulèvement ou port de charges de plus de cinq kilos. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées et une amélioration de la capacité de travail ne devait pas être attendue.

Dans un rapport du 14 février 2012 adressé à l'Office AI, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne et allergologie et médecin traitant, a posé comme diagnostics invalidants, une hypersomnie sur forte suspicion de narcolepsie (diagnostic différentiel : hypersomnie idiopathique) et un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil léger (depuis 2007) ainsi que ceux, sans effet sur la capacité de travail, de hernie intraforaminale L4-L5 gauche, de traits d'allure caractériels, d'intolérance au Modasomil® et à la Ritaline® ainsi que d'arthrite microcristalline du genou gauche. Il indiquait que son patient s'endormait dès qu'il n'était plus sollicité et retenait des limitations fonctionnelles (activité uniquement en position debout, une activité dans différentes positions et principalement en marchant, le tout à 50%) ainsi qu'une capacité de concentration et d'adaptation et une résistance limitées. Il s'en remettait à son confrère le Dr A._____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail.

Il ressort d'un rapport d'évaluation initial faisant suite à une entrevue du 9 mars 2012 avec l'assuré, qu'il était toujours sous contrat et travaillait à 100%. Il exposait encore ne plus parvenir à exercer une partie de son emploi en lien avec le transport de personnes. Il n'avait pas encore renseigné son employeur de l'incidence de sa maladie sur son rendement, craignant une incompréhension de sa part. La capacité de travail dans l'activité habituelle, "difficilement évaluable", était fixée par le médecin traitant à 70% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de la mémoire et de la concentration et une hypersomnie diurne sévère (pas de travail assis mais en mouvements). Il arrivait ainsi à l'intéressé de s'endormir en position debout, et il avait peur de monter sur les échafaudages (pour le nettoyage de vitres). Il résulte encore les constatations suivantes de ce rapport :

“6. Observations (point de vue du conseiller)

Etat de santé, comportement, humeur, discernement quant à l'état de santé

Les craintes du bénéficiaire de perdre son emploi sont justifiées. L'appartenance de fonction qu'il occupe avec sa compagne et son enfant de 2 ans est lié au contrat de travail. De plus, sa compagne travaille pour le même employeur.

La situation est complexe. Le bénéficiaire dit ne pas être capable de suivre un cours ou une formation car il s'endort très facilement. Il a déjà perdu son permis de conduire professionnel et il reconnaît que la conduite devenait dangereuse. [...]"

Selon une note de suivi de l'OAI du 19 mars 2012, l'assuré n'envisageait pas d'évoquer avec son employeur un aménagement de son temps de travail. Il indiquait trouver des moments de repos entre ses différents travaux et acceptait de rendre attentif son patron quant à son impossibilité de travailler sur un échafaudage (nettoyage des vitres). Désormais contraint de travailler plus tard le soir (préparation de certains repas) afin de compenser son incapacité à exercer la conduite, il souhaitait néanmoins poursuivre son activité auprès de G. _____ SA pour des motifs financiers et familiaux.

Dans un rapport du 12 avril 2012, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne, du SMR (Service médical régional), a retenu au titre d'atteinte principale à la santé la narcolepsie-hypersomnie idiopathique (G47.4) avec, comme facteurs / diagnostics associés non du ressort de l'AI, un SAS (syndrome d'apnées du sommeil) appareillé, un trouble de l'humeur, une arthrite microcristaline du genou gauche ainsi qu'une ancienne hernie discale L4-L5 gauche. Ce médecin mentionnait une capacité de travail nulle de l'assuré comme chauffeur mais de 100%, dès janvier 2012, avec une diminution de rendement de 30% attestée par le Dr A._____, dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : "pas de conduite de véhicules ou de machines dangereuses, pas de travaux en hauteur et fatigabilité".

Il ressort notamment ce qui suit d'un rapport du 16 avril 2012 de l'un des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI :

"Selon nos divers entretiens, dont celui du 16 avril 2012 (GED), le bénéficiaire a eu une adaptation de son poste de travail. Il ne travaille plus comme chauffeur et il a remplacé cette tâche par l'entretien de bâtiment et du service. Il semble toutefois que le bénéficiaire travaille actuellement au[-]dessus de ses forces pour des raisons économiques et familiales, ainsi que pour maintenir sa place de travail. Le bénéficiaire ne souhaite pas que l'on prenne contact avec l'employeur.

Je l'ai rendu attentif aux positions du rapport SMR. Le bénéficiaire comprend son contenu mais souhaite poursuivre son travail chez le même employeur avec le même salaire.

Il n'y a donc pas de préjudice économique. Il faut toutefois relever que si la situation de travail du bénéficiaire venait à se péjorer, un droit aux MOP [mesures d'ordre professionnel] sera probablement à réexaminer."

Par communication du 23 avril 2012 à l'attention de l'assuré, l'Office AI a refusé le droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel au motif qu'il avait décidé de maintenir un taux d'activité de 100% chez son employeur moyennant une adaptation de son poste.

Le 23 mai 2012, par l'intermédiaire de son conseil Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, l'assuré a fait part de son désaccord à cette

communication. Rappelant ne pas être apte à travailler à 100% sur le plan médical, il sollicitait une décision formelle.

Par lettre du 13 septembre 2012, son avocate s'est adressée en ces termes à l'OAI :

“Je vous informe que M. R._____ ne souhaite pas rester à 100% chez son employeur habituel. Il a mentionné cela uniquement pour indiquer qu'à choisir, puisqu'il n'a pas les moyens financiers de réduire son taux de travail de 30%, il préfère garder son emploi à 100%. Si maintenant il serait possible de réduire le taux de travail et obtenir une compensation financière en relation avec la perte de revenu, il va sans dire qu'il accepte cette proposition. [...]”

Dans un rapport du 18 décembre 2012 adressé à l'OAI, le Dr A._____ mentionnait un pronostic réservé en raison d'une somnolence très sévère malgré un traitement médicamenteux maximal. Evaluant la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 75% environ, il indiquait au titre de restrictions l'interdiction de conduire / de travailler en hauteur et la nécessité de faire une à deux siestes en journée. Une activité adaptée, évitant le port de charges de plus de cinq kilos, était également exigible à raison de sept à huit heures par jour.

Le 4 février 2013, le Dr U._____ a confirmé les diagnostics invalidants d'hypersomnie sur forte suspicion de narcolepsie (diagnostic différentiel : hypersomnie idiopathique) et de syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil léger (depuis 2007) ainsi que ceux, sans effet sur la capacité de travail, de hernie intraforaminale L4-L5 gauche, de traits d'allure caractériels, d'intolérance au Modasomil® et à la Ritaline® ainsi que d'arthrite microcristalline du genou gauche. Le médecin traitant notait encore une hypersomnie dès que l'attention n'était pas sollicitée et renvoyait à ses confrères spécialistes (neurologue et rhumatologue) pour l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. En annexe, étaient joints :

- un rapport du 8 mars 2011 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne, rhumatologie et médecine physique et réhabilitation, posant le diagnostic d'arthrite du genou gauche et de l'articulation

métatarsophalangienne du premier rayon à droite et celui différentiel d'arthrite microcristalline ;

- un rapport du 27 juin 2012 du Dr A. _____ dont il ressort à titre de diagnostics :

- Hypersomnie sur suspicion de narcolepsie avec rare cataplexie, HLA [Human Leukocyte Antigen] négative (diagnostic différentiel : hypersomnie idiopathique).
- Syndrome des apnées-hypopnées du sommeil d'entité légère avec une importante composante positionnelle, manque d'effet d'un traitement de CPAP [Continus Positive Airway Pressure] en 2008.
- Intolérance au Modasomil® (éruption cutanée), mauvaise tolérance au Xyrem®.
- Radiculopathie sensitivomotrice résiduelle L4 gauche, sur hernie discale non opérée.
- Suspicion de fibromyalgie.”

S'agissant de l'appréciation de la situation, ce médecin indiquait :

“La situation de Monsieur R. _____ est toujours préoccupante, du moment qu'il continue à conduire et même à travailler sur des échafaudages en dépit des recommandations que je lui ai fournies, apparemment suite aux pressions auxquelles il est soumis par son employeur. D'un point de vue médicamenteux, on a convenu de ne rien changer, et je lui ai vivement recommandé de vous consulter rapidement concernant l'arythmie cardiaque détectée à l'examen clinique ce jour (en considération du traitement de Concerta). Je vous remercie d'avance de me faire parvenir votre évaluation sur ce versant.

J'ai prescrit un harnais de positionnement au vu du bénéfice documenté lors de la polygraphie avec le bandage ; cet aspect pourra probablement un peu améliorer la qualité des nuits de Monsieur R. _____.

Le contexte global du patient, avec un émoussement thymique, des tender points de la fibromyalgie très douloureux ces jours, et une fatigue/hypersomnie presque maximale en dépit d'un traitement bien conduit me laisse toujours suspecter une composante psychique sous-jacente, qui néanmoins n'avait pas été retenue dans le passé lors de consultations spécialisées.

Je lui adresse un certificat séparé concernant l'interdiction de conduite et de travailler sur les échafaudages. Je reverrai Monsieur avant Noël.” ;

- un rapport de contrôle du 8 janvier 2013 dans lequel, le Dr A. _____ évoquait une situation insatisfaisante depuis le 26 juin 2012 avec un patient modérément compliant (absence de consultation cardiologique et pas d'harnais de positionnement utilisé). En raison d'une tension artérielle clairement au-dessus de la norme, ce neurologue a adapté le traitement médicamenteux.

Dans un bref avis SMR du 5 juillet 2013, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie, s'est prononcé comme il suit sur les derniers documents au dossier :

“Les documents médicaux obtenus après l'établissement du rapport SMR du 12.04.2012 ne contiennent pas d'élément médical nouveau de nature à modifier notre position.

Le rapport non signé du CHUV du 21.1.2013 [recte : du 18.12.2012] conclut à une baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée, sans modification des limitations fonctionnelles.

Le Dr U. _____, médecin traitant, se limite à produire des documents déjà connus.

A mon sens, le rapport SMR du 14.2.2012 devrait permettre de statuer.”

Selon un rapport final du 12 août 2013 de l'un des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de chauffeur, elle était toutefois totale, avec une diminution de rendement de 30% en lien avec des pauses supplémentaires, dans une activité adaptée. En l'absence de mesures susceptibles de réduire le préjudice économique, l'activité habituelle était réputée adaptée (les tâches ayant été aménagées afin de correspondre aux limitations fonctionnelles) de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une aide au placement.

Par projet du 5 novembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations compte tenu d'une capacité de travail entière (100%) dans toute activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit à un poste de travail n'exigeant pas la conduite de véhicules ou de machines dangereuses ni des travaux en

hauteur. L'activité habituelle était par ailleurs réputée adaptée. Toutefois en raison d'une fatigabilité manifeste, une baisse de rendement maximale de 30% dans toute activité correspondant au taux d'invalidité, était retenue. Dès lors que cette diminution s'appliquait à toutes activités, des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas.

Le 10 janvier 2014, l'assuré, par son conseil, a fait part de son désaccord au préavis de l'OAI. Il contestait disposer d'une capacité de travail de 100% chez son employeur actuel. Il disait travailler au-dessus de ses capacités pour des raisons économiques et familiales. Selon ses médecins et son employeur, sa capacité de travail était de 50%.

Le 2 septembre 2014, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil a transmis à l'OAI :

- un rapport du 17 septembre 2013 du Dr W._____, spécialiste en neurologie, électroencéphalographie et électroneuromyographie, qui a posé le diagnostic de neuropathie médiane démyélinisante, motrice et sensitive, de sévérité intermédiaire, légèrement plus prononcée à gauche et de pronostic favorable ;

- un rapport du 23 mai 2014 du Dr A._____ à l'intention du Dr U._____, dont il résulte les diagnostics suivants :

- Hypersomnie sur probable narcolepsie avec cataplexie, HLA négative (diagnostic différentiel : hypersomnie idiopathique).
- Syndrome des apnées-hypopnées du sommeil d'entité légère avec une importante composante positionnelle, manque d'effet d'un traitement de CPAP en 2008 ; actuellement, sous harnais de positionnement.
- Intolérance au Modasomil® et au Xyrem®.
- Hypertension artérielle traitée.
- Radiculopathie sensitivomotrice résiduelle L4 gauche, sur hernie discale non opérée ; suspicion de fibromyalgie ; syndrome du tunnel carpien des deux côtés."

Ce médecin concluait son rapport de la manière suivante :

"C'est malheureux que Monsieur n'ait pas toléré le Xyrem, on est donc passablement limités au niveau du traitement de son hypersomnie. Je relève également que Monsieur n'a pas obtenu une

réponse favorable de l'AI mais qu'il est en train de faire recours avec son avocat. D'un point de vue général, que ce soit sur le versant somnologique que psychologique, la poursuite d'une activité à 100% me paraît non envisageable.

Sur le plan strictement somnologique, on a convenu de ne rien changer au traitement, et de nous revoir dans 6 mois. J'ai encouragé Monsieur à discuter avec le Dr W._____ et vous-même concernant une éventuelle intervention pour le syndrome du tunnel carpien bilatéral, qui paraît être de plus en plus gênant."

Par décision du 2 février 2016, l'OAI a entériné son préavis du 5 novembre 2013, refusant l'octroi de ses prestations sur la base d'un taux d'invalidité de 30% et sans que des mesures d'ordre professionnel n'apparaissent indiquées.

B. Par acte déposé le 4 mars 2016, R._____, toujours représenté par Me Anne-Luce Julsaint Buonomo, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant avec dépens à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier. Il rappelle qu'il travaille actuellement au-dessus de ses forces pour raisons économiques et familiales en ajoutant ne pas pouvoir suivre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Il se rallie à l'estimation de son médecin traitant et de son employeur selon lesquels, il présente une incapacité de travail de 50% dans toutes activités exercées uniquement en position debout, dans différentes positions et principalement en marchant.

Dans sa réponse du 27 juin 2016, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des rapports des 10 février et 18 décembre 2012 du Dr A._____ confirmant l'exigibilité entière avec une baisse de rendement de 30% (voire de 25%) dans une activité adaptée, permettant des siestes, sans conduite de véhicules ou de machines dangereuses ni de travaux en hauteur. Il produit un extrait du 15 juin 2016 de son Compte Individuel (CI) AVS et observe que le recourant est toujours employé à 100% par G._____ SA.

Au terme de sa réplique du 22 septembre 2016, le recourant confirme ses conclusions et sollicite la réalisation d'une expertise complémentaire de sa capacité de travail dans son activité habituelle à l'aune de ses limitations fonctionnelles. Il dit être dans une situation insoutenable et, pour éviter de se retrouver au chômage, continuer son emploi avec des activités médicalement contre-indiquées telles que la conduite de machines dangereuses, des travaux en hauteur voire de longs déplacements en voiture. Il accepterait de travailler ainsi au-delà de l'exigibilité médicale et cela depuis plusieurs années. Il produit la copie de son contrat de travail avec G. _____ SA ainsi qu'un décompte de salaire d'août 2016.

Dans sa duplique du 27 octobre 2016, l'OAI se dit enclin à reprendre l'instruction du cas par son service de réadaptation dans l'éventualité où l'activité habituelle ne serait pas exigible de la part du recourant à 100% avec un rendement réduit de 30%. Il se propose d'obtenir de l'employeur un cahier des charges / descriptif des activités actualisé précisant la fréquence des tâches de conduite, de travaux en hauteur ainsi que la possibilité d'effectuer des siestes. L'intimé observe que malgré une capacité de travail annoncée à 50% au début 2012, l'employeur persiste à verser un plein salaire depuis 2007.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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.

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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 2 février 2016 par l'OAI.

2. La question litigieuse est celle de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier s'il a droit à une rente.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de travail est quant à elle définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base 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_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1, 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 médicaux 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 et 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 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, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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 ; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mars 2013 consid. 2.2 et 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 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 *op. cit.*, 9C_66/2013 du 1^{er} 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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois 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.

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a notamment précisé que la valeur probante

d'un rapport établi par un Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201]); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_717/2013 du 30 décembre 2013 consid. 6.2 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées).

5. En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle à 100%, avec une diminution de rendement de 30%, dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée à son état de santé (à savoir, sans conduite de véhicules ou de machines dangereuses ni travaux en hauteur). Il reproche à l'OAI de n'avoir pas suffisamment instruit son dossier, alléguant qu'il travaille actuellement au-dessus de ses forces pour des raisons économiques et familiales, et sans que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel ne puissent être suivies.

Dans sa réplique, l'OAI relève pour sa part l'importance d'obtenir de l'employeur un cahier des charges actualisé ou un descriptif des activités effectuées par le recourant durant les deux dernières années, ce document devant également préciser, le cas échéant, la fréquence des tâches de conduite de véhicules ou de machines dangereuses, de travaux en hauteur ainsi que la possibilité, pour le recourant, de faire des siestes.

Ce faisant, l'intimé donne raison au recourant. Il concède en effet qu'il n'a pas suffisamment instruit, d'une part, sur la répartition des

différentes tâches (absence d'un descriptif détaillé) du recourant chez G. _____ SA et, d'autre part, sur les possibilités éventuelles d'adaptation de l'activité existante auprès de cet employeur.

Dans ces circonstances, il convient de renvoyer le cas à l'OAI pour en compléter l'instruction.

6. 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]), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

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

- I. Le recours déposé le 4 mars 2016 par R. _____ est admis.

- II. La décision rendue le 2 février 2016 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 et 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 R. _____ le montant de 2'000 fr. (deux 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 :

- Me Anne-Luce Julsaint Buonomo (pour R. _____),
- 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 :