

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juin 2018

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et Mme Röthenbacher, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Inclusion Handicap Service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1-2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, ancien maçon, actuellement bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) de l'aide sociale, a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurance-invalidité le 5 décembre 2012. Il souffrait de lombalgies chroniques de longues dates dans un contexte de spondylarthropathie axiale et périphérique HLA-B27 négative, d'un lymphome traité depuis 2007, avec une récurrence en mars 2013, ainsi que de nombreuses comorbidités (polyneuropathie des membres inférieurs, syndrome de dépendance à l'alcool et HTA [hypertension artérielle] ; cf. rapports des 8 mars 2013 et 7 janvier 2014 des médecins du Département de l'appareil locomoteur [DAL] au CHUV).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré. Dans un rapport du 14 février 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie, a répondu comme suit aux questions qui lui étaient adressées dans l'intervalle :

- “1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?  
Lymphome B non hodgkinien de type folliculaire, de grade III, stade IVA, diagnostiqué en mars 2007.  
Récurrence du lymphome mise en évidence en mars 2013.
2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?  
Le patient est traité avec 6 cures de chimiothérapie entre juin 2013 et novembre 2013. Il a bien toléré ces chimiothérapies. Les investigations à la fin du traitement ont permis de mettre en évidence une rémission de sa maladie.  
Toutefois, le patient présente une importante fatigue et une fatigabilité accrue.
3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ?  
Le patient présente une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle comme maçon depuis la mise en évidence de la récurrence de sa maladie en mars 2013. Au vu de la récurrence

et des traitements effectués, une activité adaptée n'est pas envisageable.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?  
Le patient présente une fatigue et une fatigabilité accrue qui sont essentiellement liées soit à la récurrence de sa maladie soit aux traitements effectués.  
Le patient présente toujours une anémie qui est une conséquence des traitements effectués. Son état immunitaire est toujours diminué, au vu des chimiothérapies effectuées tout au long de ces mois. Le patient présente donc un risque infectieux accru.
5. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?  
Le patient présente une incapacité de travail à 100% à partir du 01.03.2013, au vu de la récurrence de sa maladie.  
La durée de l'incapacité de travail est actuellement jugée indéterminée.
6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?  
Le dernier cycle de chimiothérapie a été effectué à la fin du mois de novembre 2013. Le contrôle clinique, biologique et radiologique à la fin des traitements, permet de mettre en évidence une rémission de sa maladie. Aucun autre traitement de chimiothérapie n'est prévu. Le patient est uniquement traité avec une substitution de Calcium et de Vitamine D3, que le patient assume régulièrement. Le patient a très bien adhéré aux traitements effectués durant l'année 2013."

Par avis médical du 9 avril 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a estimé que sur la base des informations médicales récoltées au dossier, il persistait un doute quant à la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée légère, au moins à temps partiel. Il suggérait dès lors la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne afin d'élucider ce point.

Dans ce contexte, l'OAI a confié une expertise de l'assuré au Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui l'a examiné le 30 juin 2014. Dans son rapport d'expertise médicale du 3 juillet 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

"5. Diagnostic

*5.1 Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :*

- Lymphome folliculaire de grade III, stade IV A dès 2007.

- Status après chimiothérapie de type R-CHOP du 28.03.2007 au 16.07.2007.
- Entretien par Rituximab de novembre 2007 à décembre 2009.
- Récidive traitée par 6 cures de Rituximab-Bendamustine du 12.07.2013 au 28.11.2013 avec rémission actuelle.
- Spondylarthropathie axiale et périphérique dès 2010.

#### *5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :*

- Polyneuropathie distale des membres inférieurs post-chimiothérapie et alcoolisme chronique.
- Syndrome métabolique avec :
  - Dyslipidémie.
  - Obésité avec BMI [Body Mass Index] à 35,6 kg/m<sup>2</sup>.
  - Hypertension artérielle légère, non traitée.
- Tabagisme chronique.
- Prostatisme traité.
- Syndrome de dépendance à l'alcool. Abstinence dès juin 2013.
- Dysfonction érectile.

### 6. Appréciation du cas et pronostic [...]

#### *6.1 Rappel de l'histoire médicale*

M. A. \_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome de dépendance à l'alcool de longue date. En 1987, il avait été condamné pour conduite en état d'ivresse. Il annonce qu'il a été abstinent pendant 5 ans environ avec rechute annoncée dans un contexte de difficultés de couple. Il a été hospitalisé à [...] dans le cadre d'un sevrage en 2011 de même qu'en mai 2012 avec nouvelle rechute et nouvelle hospitalisation en juin 2013. Il se déclare abstinent depuis lors.

Les complications liées à l'alcoolisme ne sont pas clairement établies. Il existe bien une polyneuropathie distale des membres inférieurs, axonale et démyélinisante et qui est probablement en relation avec une double étiologie à savoir une polychimiothérapie et les suites de l'alcoolisme.

Cette polyneuropathie a été documentée par un examen neurologique du 06.12.2012. Elle s'exprime par des paresthésies, essentiellement des membres inférieurs à type de fourmillements-picotements. Il n'y a pas de claudication, ni de faiblesse des membres inférieurs mais parfois des phénomènes de lâchages. Il décrit également des phénomènes d'instabilité brutale à la marche rapide, notamment en terrain accidenté ainsi que des phénomènes de spasmes avec mouvements incontrôlables des jambes au réveil pendant quelques minutes. Il est possible également qu'il présente un syndrome des jambes sans repos.

La situation sur le plan de la polyneuropathie n'a, semble-t-il, pas évolué en tout cas sur le plan des douleurs ou de l'instabilité à la marche.

Sur le plan hépatique, il n'est pas annoncé de complications même si, lors d'une OGD [oesogastroduodénoscopie] effectuée en 2009, il avait été diagnostiqué la présence de varices œsophagiennes de

stade I. Il n'est pas retrouvé, sur les divers CT-Scans abdominaux, de lésions hépatospléniques ou pancréatiques. Il n'y a pas d'ascite. Il n'y a aucun argument pour une hypertension portale et une gastroscopie, effectuée le 13.02.2013, concluait à une légère gastrite chronique antrale avec foyers de métaplasie intestinale mais sans varice. L'Helicobacter pylori était négatif.

Ainsi donc, et sur le plan des complications liées à l'alcool, il est retenu comme unique complication une probable composante à la polyneuropathie longue durée dépendante de caractère mixte (axonale et démyélinisante).

Sur le plan oncologique, M. A. \_\_\_\_\_ s'est vu diagnostiquer un lymphome B non hodgkinien, de type folliculaire, de stade initial IV A et de grade III. Le diagnostic a été confirmé par biopsie sus-claviculaire droite le 07.03.2007. Il présentait de multiples adénopathies cervicales, médiastinales dont une masse de 4 cm à gauche. Il n'y avait pas d'infiltration médullaire. Le lymphome folliculaire est le deuxième type le plus courant de lymphome non hodgkinien. Le terme folliculaire est rapporté à la manière dont les cellules du lymphome s'organisent en amas dans un ganglion lymphatique ou d'autres tissus. Il s'agit d'une tumeur évoluant habituellement lentement et dans ce sens, c'est le lymphome indolent le plus courant qui apparaît chez les adultes, en général autour de la cinquantaine. Il est très fréquent qu'un diagnostic à un stade avancé de la maladie soit posé. Comme habituellement, M. A. \_\_\_\_\_ présentait une translocation 14 ;18 positive. Malheureusement, l'histologie montre un grade III. Les lymphomes de grade III sont ceux qui évoluent le plus rapidement et on les traite comme un lymphome de haut grade.

Concernant les facteurs pronostiques, il présentait un index pronostique du lymphome folliculaire à II (FLIPI II), constituant ainsi un pronostic intermédiaire. Cela étant, le lymphome folliculaire de stade avancé, ce qui est le cas de M. A. \_\_\_\_\_, reste incurable et même s'il est sensible aux thérapeutiques administrées, la rechute est inévitable, survenant dans un délai plus ou moins court avec la nécessité d'une nouvelle chimiothérapie entraînant la plupart du temps une rémission. Les rémissions suivantes sont souvent de plus en plus courtes entre chaque traitement.

Dans le cas de M. A. \_\_\_\_\_ qui présente un lymphome folliculaire avec forte masse tumorale, il a été décidé logiquement un traitement par immunochimiothérapie. C'est ainsi qu'il a bénéficié de 6 cures de chimiothérapies de type R-CHOP du 28.03.2007 au 16.07.2007 suivie d'un traitement de maintenance par Rituximab (au 3 mois) de novembre 2007 à décembre 2009 avec alors rémission. Comme attendu, il présente malheureusement une récurrence de la maladie au PET-CT du 05.03.2013 sous la forme d'une masse médiastinale associée à une adénopathie pré-vertébrale. Il est alors traité par 6 cures de type Rituximab-Bendamustine entre le 12.06.2013 et le 28.11.2013 avec rémission complète confirmée au PET-CT du 23.05.2014. En avril 2014, le patient va bien et n'a pas de plainte. La formule sanguine est normalisée ainsi que la chimie (sauf un taux de LDH [lactate deshydrogénase] toujours un peu trop élevé et qui fait d'ailleurs avancer le PET-CT le 23.05.2014). En juin 2014, une récurrence du lymphome peut ainsi être exclue.

Sur le plan rhumatologique, M. A. \_\_\_\_\_ est suivi à la consultation de rhumatologie en raison d'une spondylarthropathie avec atteinte axiale et périphérique connue dès 2010. La sacro-iliite bilatérale est confirmée en 2011 avec inflammation inter-apophysaire lombaire ainsi que inter-épineuse. Il a été traité par anti-inflammatoire. Depuis 2011, il présente peu de lombalgies mais une pseudo-sciatalgie irradiant dans le membre inférieur gauche, d'intensité variable et actuellement peu intense. L'atteinte est donc principalement axiale.

Il se plaint également de gonalgies gauches, d'allure mécanique, mais sans limitation fonctionnelle, M. A. \_\_\_\_\_ répond favorablement au traitement de physiothérapie.

### *6.2 Situation actuelle*

M. A. \_\_\_\_\_ est ainsi en rémission de son lymphome folliculaire après récurrence traitée par Rituximab-Bendamustine. Comme indiqué ci-dessus, il s'agit d'une maladie chronique, incurable avec un niveau de risque intermédiaire et taux de survie après 5 ans de 78% et de 51% après 10 ans. En cas de rechute attendue, il existe d'autres alternatives thérapeutiques.

L'examen clinique est rassurant, sans mise en évidence d'adénopathie ou d'organomégalie. Il n'a pas de plaintes particulières hormis des douleurs habituelles du flanc droit présentes depuis le début de l'année 2013, semble-t-il, et correspondant vraisemblablement à une irradiation douloureuse à point de départ rachidien.

Sur le plan des douleurs rachidiennes, il convient de signaler qu'il persiste une pseudo-sciatalgie du membre inférieur gauche avec bonne mobilité tant du bassin que du rachis dorso-lombaire.

L'examen de l'appareil locomoteur est sans grande anomalie. Il est fait état de gonalgies gauches mais nous ne trouvons pas de limitations fonctionnelles ou d'épanchements.

Sur le plan neurologique, il est retrouvé une polyneuropathie distale des membres inférieurs avec des réflexes ostéo-tendineux diminués et une hypoesthésie notamment à la face latérale de la jambe gauche. On constate une diminution de la pallesthésie, semble-t-il, en aggravation par rapport aux données de décembre 2012. L'épreuve de Romberg est légèrement instable, c'est-à-dire sans aggravation depuis l'évaluation de 2012.

Cette polyneuropathie n'est que peu limitative dans les activités de la vie quotidienne.

Enfin, il présente un syndrome métabolique avec obésité (BMI : 35,4 kg/m<sup>2</sup>), dyslipidémie, tendance à l'hypertension artérielle non traitée ainsi que possible intolérance au glucose sur la base d'une glycémie légèrement au-dessus de la norme. Cette affection de même que la dysfonction érectile sont évidemment sans répercussion sur la capacité de travail.

### 6.3 Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles découlent essentiellement de l'affection rhumatologique à savoir la spondylarthropathie axiale s'exprimant essentiellement par une pseudo-sciatalgie gauche et des douleurs irradiant en héli-ceinture jusqu'à l'hypocondre droit. En raison de cette affection, il est préférable que l'assuré envisage une activité sans port de charges lourdes et sans mouvement répété de torsion ou de rotation du dos. Une activité permettant une alternance des postures est préférable.

### 7. Réponses au questionnaire

#### A. Questions cliniques

[...]

#### B. Influences sur la capacité de travail

##### 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

###### *au plan physique*

En raison de la spondylarthropathie, il est nécessaire de ne pas exposer M.A. \_\_\_\_\_ au port de charges lourdes. Seules des activités avec port de charges limité à 20 kg, non répétitif, peuvent être exercées. Les efforts répétés, en flexion antérieure du tronc, ne sont pas possibles de même que les efforts en rotation ou torsion du tronc. Une alternance des positions est à privilégier.

###### *au plan psychique et mental*

Pas de restriction.

###### *au plan social*

Pas de restriction.

##### 2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

###### 2.1 *Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

L'activité de manœuvre en génie civil ou dans la construction n'est plus exigible et ce, dès le 26.11.2012.

###### 2.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail ?*

Il n'y a plus de capacité résiduelle dans l'activité de manœuvre en maçonnerie.

###### 2.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Non.

###### 2.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

Oui.

*2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

L'incapacité de travail dans l'activité de manœuvre en génie civil ou dans la construction est complète dès le 26.11.2012.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si non, pour quelles raisons ?

Des mesures de réadaptation professionnelle sont tout à fait envisageables actuellement. Elles l'étaient dès le 26.11.2012.

Il est à noter que ces mesures de réadaptation professionnelle ont été interrompues à la suite d'une incapacité de travail liée à la rechute de la maladie oncologique et nécessitant une chimiothérapie qui a débuté le 12.07.2013 pour se terminer le 28.11.2013. M. A. \_\_\_\_\_ étant asymptomatique, il est admis uniquement une incapacité de travail dès la première cure de chimiothérapie soit à 100% du 12.07.2013 au 30.04.2014. Dès le 01.05.2014, il présente une totale capacité de travail dans une activité adaptée.

Pour des raisons psychiatriques, il est possible de retenir également une brève incapacité de travail durant le séjour à l'Hôpital psychiatrique de [...] pour sevrage alcoolique qui a eu lieu du 20.06.2013 au 05.07.2013.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

Oui.

*3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Dans une activité adaptée, il existe une totale capacité de travail et ce, dès le 26.11.2012 avec une incapacité de travail du 20.06.2013 au 05.07.2013 et du 12.07.13 au 30.04.2014. Dès le 01.05.2014, une activité adaptée est exigible à plein temps, sans perte de rendement.

*3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?*

A plein temps.

*3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

Non.

*3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Dès le 26.11.2012.

*3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

Sans objet."

Dans un rapport du 23 juillet 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_, du SMR, a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée en retenant comme atteinte principale à la santé, une spondylarthropathie axiale et périphérique (M46), avec comme pathologie associée, du ressort de l'assurance-invalidité, un lymphome folliculaire de grade III, stade IV dès 2007 avec récurrence en mars 2013, actuellement en rémission. Les facteurs / diagnostics associés, non du ressort de l'assurance-invalidité, étaient une polyneuropathie distale des membres inférieurs post-chimiothérapie et sur alcoolisme chronique, un syndrome métabolique, un tabagisme chronique, une dysfonction érectile et un syndrome de dépendance à l'alcool abstiné depuis juin 2013. Les limitations fonctionnelles consistaient, selon le médecin du SMR, à une activité sans port de charge supérieure à vingt kilos ni port de charge répétée, sans effort répété en flexion antérieure du tronc ni en rotation ou torsion du tronc et sans position prolongée (alternance des positions à privilégier). Il mentionnait que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis novembre 2012. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était actuellement entière, sans interruption depuis novembre 2012, à l'exception des périodes d'incapacité de travail totale du 20 juin 2013 au 5 juillet 2013 (hospitalisation pour sevrage alcoolique) et du 12 juillet 2013 au 30 avril 2014 (récurrence oncologique et traitement de chimiothérapie). Passé cette date, l'assuré était décrit comme étant asymptomatique. Le Dr P.\_\_\_\_\_ constatait ainsi que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressé était à nouveau entière.

L'assuré s'est vu accorder une mesure d'aide au placement de la part de l'OAI, sous la forme d'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi (communication du 16 octobre

2014). Ce mandat a toutefois été clos le 3 août 2015 au vu d'une totale incapacité de travailler de l'intéressé en toutes activités, mêmes adaptées, attestée par un certificat médical du 7 juillet 2015 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, du Service de rhumatologie au CHUV. La situation devait alors être réévaluée lors du prochain contrôle en octobre 2015.

Le 4 août 2015, l'assuré a procédé au dépôt d'une demande de moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité en lien avec la confection de chaussures orthopédiques de série avec une barre de déroulement et un support plantaire. Cette démarche était motivée en raison de douleurs au niveau du médio-pied depuis une quinzaine d'années après la chute d'un marteau-piqueur sur celui-ci à droite, l'intéressé présentant une arthrose importante du médio-pied prédominant à droite (rapport du 4 décembre 2015). L'OAI a, par communication du 15 décembre 2015, informé l'assuré de l'octroi, à titre de moyen auxiliaire, d'au maximum deux paires de chaussures orthopédiques de série par année.

Aux termes d'un avis du 4 janvier 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_, du SMR, a noté ce qui suit concernant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le dépôt de sa demande du 5 décembre 2012 :

“La situation clinique de cet assuré de 55 ans semble s'être modifiée durablement au printemps 2015 avec des troubles secondaires à un affaissement des voûtes plantaires (douleurs du dos du pied droit survenant à la marche in courrier du 4 juin 2015 du Dr [...], CHUV in RM du 4 juin 2015). Il existe une arthrose importante du médio[-]pied droit rapportée par le Dr [...] du CHUV dans son courrier daté du 8 juillet 2015.

Depuis mai 2015, il convient de retenir les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, sans manipulations de charges lourdes supérieures à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras.

Dans une activité adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

L'IT [incapacité de travail] a été de 100% dans toute activité de mai à juin 2015 du fait d'une exacerbation des lombalgies."

Par projet de refus de prestations du 22 janvier 2016, l'OAI a constaté sur la base des renseignements recueillis au dossier qu'à l'échéance du délai de carence, soit depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013, l'assuré présentait une incapacité de travail ininterrompue dans son activité habituelle depuis le mois de novembre 2012. Il bénéficiait toutefois, dès cette même date (note : soit depuis novembre 2012), d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, sans manipulations de charges lourdes supérieures à dix kilos, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de un à deux kilos à bout de bras et pas de position statique prolongée [alternance des positions à privilégier]). L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 65'208 fr. pour un emploi de maçon que l'assuré aurait pu réaliser à 100% en bonne santé (à savoir, 5'016 fr. servi treize fois l'an). Selon le service de réinsertion professionnelle à l'OAI, ce montant correspondait au salaire conventionné du bâtiment et génie civil pour un travailleur sans CFC, après trois ans d'expérience sur un chantier (« REA - Calcul du salaire exigible » du 18 septembre 2014 [pièce 58]). A titre de revenu d'invalidité, un montant de 56'571 fr. 27 a été pris en compte sur la base des données statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, indexé ensuite jusqu'à l'année 2013. Cette somme était obtenue après la prise en compte également d'un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge (54 ans). Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité de l'assuré était de 13,24%. Ce dernier n'avait par conséquent pas droit à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel (reclassement). L'OAI a néanmoins reconnu à l'assuré le droit à une nouvelle aide au placement sur demande écrite et motivée de sa part. L'OAI ajoutait que de l'avis du SMR, une incapacité de travail de 100% en toutes activités pouvait être retenue de mai à juin 2015 en raison d'une

exacerbation des lombalgies mais que n'étant pas durable, cette incapacité de travail n'ouvrait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 1<sup>er</sup> avril 2016, l'assuré, assisté par Inclusion Handicap Conseil juridique à [...], a fait part de ses observations au projet de décision précité. Il a indiqué qu'il faisait actuellement face à une rechute de son cancer, avec la précision qu'un médicament, le Zydelig®, lui avait été prescrit et était pris en charge par son assurance-maladie et que sauf erreur, une intervention chirurgicale devait être décidée prochainement. Dans ces circonstances, il s'indignait du fait que l'OAI exige de sa part la reprise d'une activité professionnelle « quelle qu'elle soit ». A ses yeux, il avait droit à une rente entière d'invalidité.

Dans un rapport du 13 juillet 2016 à l'OAI, la Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, du Service et laboratoire d'hématologie au CHUV, a fait part des observations suivantes :

“Le patient susnommé suivi dans notre service d'hématologie depuis 2007, a été vu pour la première fois à ma consultation le 27.06.2016. Vous demandez un rapport concernant l'évolution clinique du patient par rapport au lymphome depuis février 2014 ainsi que des informations par rapport au traitement actuel.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ est connu pour un lymphome folliculaire de grade III de stade IVA diagnostiqué en 2007, traité par 6 cures de chimiothérapie de type R-CHOP avec un relais par traitement de Rituximab entre 2007 et 2009. Une récurrence avait été constatée en 2013 motivant un nouveau traitement par 6 cures de chimiothérapie de type Rituximab-Bendamustine de juin 2013 jusqu'en novembre 2013 avec une rémission complète. En septembre 2015, la maladie progresse à nouveau avec une adénopathie hypermétabolique au niveau paratrachéal droit avec par la suite en décembre 2015 une nouvelle progression avec augmentation de la captation des adénopathies cervicales. A ce moment-là, on avait retenu l'indication à un traitement de Zydelig mais selon le souhait du patient, nous avons décidé de ne pas commencer ce traitement mais de répéter un PET-CT de contrôle qui a été réalisé en mars 2016. Ce dernier examen a mis en évidence la stabilité de l'atteinte ganglionnaire à l'étage cervical et de l'atteinte ganglionnaire paratrachéale inférieure droite sans nouvelle lésion visualisée. Dans ce contexte de stabilité, nous avons renoncé à ce traitement et avons refait à nouveau [un] contrôle par PET-CT en juin 2016 révélant la disparition de l'adénopathie précédemment décrite au niveau paratrachéal droit et l'absence d'autres lésions suspectes.

Devant ce tableau d'évolution favorable, il n'y a pas de traitement spécifique pour le lymphome actuellement, le patient bénéficie d'un suivi à notre service d'hématologie tous les 3 mois avec un suivi par imagerie qui se fera à partir de maintenant à 6 mois d'intervalle.

Nous prions de trouver ci-joint le dernier rapport de notre service qui résume la situation jusqu'au mois de mars 2016.

Concernant votre dernière question liée à un éventuel changement de l'état clinique de Monsieur A. \_\_\_\_\_ depuis l'été 2014, étant donné que j'ai vu le patient 1 seule fois à la consultation du 27.06.2016, je pourrais répondre uniquement en tenant compte de l'état clinique actuel et en se basant sur les notes médicales de mes collègues qui suivaient le patient auparavant. Dans ce contexte, actuellement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne présente pas de symptômes directement liés à la maladie du lymphome qui est d'ailleurs en rémission complète selon les derniers PET-CT. Il a toutefois d'autres plaintes lesquelles sont investiguées et suivies également par son médecin traitant. Plus précisément, le patient se plaint d'une dyspnée, raison pour laquelle il a bénéficié d'un bilan cardiologique au CHUV qui n'a pas mis en évidence de pathologie cardiaque significative. Le patient rapporte également une douleur chronique au niveau de l'hypocondre droit qui reste d'origine indéterminée malgré la consultation gastroentérologique qu'il a eu au CHUV, à compléter par une gastroscopie. Un bilan hépatique par ultrason est prévu et c'est le médecin traitant qui devrait assurer le suivi à ce niveau-là."

Par avis SMR du 6 octobre 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment estimé que le rapport de consultation précité contredisait l'annonce de la rechute de son cancer par l'assuré, le service d'hématologie retenant que les modifications des images PET-CT de contrôle depuis septembre 2015 avaient régressé spontanément « écartant donc l'hypothèse évoquée d'une rechute du lymphome ». De l'avis du médecin-conseil, dans une activité adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré demeurait entière depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, après une totale incapacité de travailler en toutes activités de mai à juin 2015 compte tenu d'une exacerbation des lombalgies. Ainsi, pour le Dr K. \_\_\_\_\_, les incapacités de travail de septembre 2015 à mars 2016 avaient été attestées de « bonne foi », les médecins du CHUV ayant retenu comme une hypothèse une rechute de la maladie ce que l'évolution de la situation clinique avait infirmé par la suite.

Par décision du 10 janvier 2017, l'Office AI a intégralement confirmé son préavis de refus de rente et de mesures d'ordre

professionnel (reclassement), hormis l'aide au placement sur demande écrite et motivée.

**B.** Par acte du 13 février 2017, A. \_\_\_\_\_, représenté par Inclusion Handicap Service juridique, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013. Subsidiairement, il conclut à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il fait valoir qu'en novembre 2013, soit au terme du délai d'attente d'une année, il était incapable de travailler dans toutes activités en raison de la rechute de la maladie oncologique nécessitant une chimiothérapie et entraînant une importante fatigue jusqu'au 30 avril 2014 au moins. Il allègue avoir ainsi droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 juillet 2014 au moins. Se référant par ailleurs à l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_, dont il ressort l'existence d'un lymphome de grade III avec des rémissions de plus en plus courtes entre chaque chimiothérapie après rechute, il estime que son état de santé n'est pas stabilisé. A ses yeux, retenir le contraire reviendrait à considérer de manière arbitraire que les quelques mois de rémission empêcheraient systématiquement le droit à la rente dans la mesure où le délai de carence d'un an serait « constamment interrompu malgré un état de santé allant en s'aggravant ». Dans ces conditions, il soutient avoir également droit à une rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> août 2014 et ceci pour une durée indéterminée. Il ajoute qu'au vu de ses nombreuses limitations, il paraît « peu probable » qu'il existe sur le marché suffisamment d'activités adaptées eu égard en particulier au caractère incurable de sa maladie chronique. Le recourant impute ensuite à l'OAI, en lien avec l'évaluation de sa capacité de travail, une violation de son obligation d'instruire ; cet office n'aurait en effet pas investigué à tort, les potentielles répercussions de la manifestation de l'hypocondrie sur les autres troubles. Il fait enfin valoir que le taux d'abattement de 10% retenu est insuffisant, avec la précision qu'il devrait plutôt être de 20% étant donné sa nationalité, son âge (54 ans) et ses nombreuses limitations fonctionnelles.

Par prononcé du 27 février 2017 faisant suite à la demande déposée dans l'intervalle, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 février 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri d'Inclusion Handicap à Lausanne.

Dans sa réponse du 27 mars 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il observe que sur le fond, le recourant ne se prévaut d'aucun nouvel élément apte à modifier sa position. Il relève en particulier que le rapport du 13 juillet 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_ contredit la thèse d'une rechute de la maladie oncologique, de sorte que c'est à raison que le médecin-conseil du SMR a constaté que l'intéressé était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée.

Au terme d'un second échange d'écritures des 31 mai et 19 juin 2017, les parties ont chacune maintenu leur position respective. En duplique, l'OAI observe avoir constaté une incapacité de travail du recourant en toutes activités, de mai à juin 2015, compte tenu d'une exacerbation des lombalgies, qu'une thèse de rechute du cancer a été écartée et que les limitations fonctionnelles tiennent compte des atteintes de l'intéressé. Il relève par ailleurs que le rapport d'expertise du 3 juillet 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_ a bien été analysé par le SMR en date du 23 juillet 2014.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

**b)** Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

**4.** En l'occurrence, sous l'angle médical, l'intimé a considéré au terme de ses investigations que si le recourant présentait une totale incapacité de travailler dans son activité habituelle de maçon depuis le mois de novembre 2012, sa capacité de travail était toutefois de 100%, dès cette même date, dans une activité adaptée (à savoir : une activité sédentaire ou sémi-sédentaire principalement en position assise, sans manipulations de charges lourdes supérieures à dix kilos, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus d'un à deux kilos à bout de bras et pas de position statique prolongée [alternance des positions à privilégier]). Suivant l'analyse de son SMR, il s'est notamment basé sur le rapport d'expertise du 3 juillet 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_ ainsi que sur le rapport du 13 juillet 2016 de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Dans ses écritures, le recourant conteste en premier cet aspect de la décision attaquée. Il soutient pour sa

part qu'il présente une totale incapacité de travailler en toutes activités en raison de sa maladie oncologique au vu de ses particularités, soit une rechute nécessitant une chimiothérapie et entraînant une importante fatigue jusqu'au 30 avril 2014 au moins, de sorte qu'il aurait droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 juillet 2014. Dès lors que son lymphome progresse, il conviendrait également de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> août 2014 et ce pour une durée indéterminée compte tenu du fait que son lymphome est incurable. Il fait en second lieu grief, toujours sur le plan médical, à l'OAI de ne pas avoir investigué en lien avec l'évaluation de sa capacité de travail, les répercussions que pourrait avoir la manifestation au niveau de l'hypocondre droit sur les autres atteintes. Enfin, il conteste, sur le versant économique, l'abattement de 10% retenu par l'autorité administrative pour le calcul du revenu avec invalidité exigible de sa part.

**5.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes 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 les autres 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**6.**           **a)** En date du 30 juin 2014 à son cabinet, le Dr E. \_\_\_\_\_ a procédé à une expertise de l'assuré. Cet expert a d'emblée posé les constatations nécessaires à une bonne compréhension de la cause, notamment l'anamnèse (y compris les plaintes), ses constatations cliniques, le ou les diagnostics admis, une discussion du cas de l'assuré et une liste des limitations fonctionnelles. Il a ensuite répondu aux questions de l'intimé avec notamment une appréciation motivée relative à la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Le Dr E. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics incapacitants de lymphome folliculaire de grade III, stade IV A dès 2007, et de spondylarthropathie axiale et périphérique dès 2010. Il retient par ailleurs et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une polyneuropathie distale des membres inférieurs post-chimiothérapie et un alcoolisme chronique, un tabagisme chronique, un prostatisme traité, un syndrome de dépendance à l'alcool (abstinence dès juin 2013) et une dysfonction érectile. Si l'incapacité de travail dans l'activité usuelle est totale depuis le 26 novembre 2012 selon le Dr E. \_\_\_\_\_, la capacité de travail est évaluée à 100% dans une activité adaptée, sans interruption depuis novembre 2012, à l'exception des périodes d'incapacité de travail

totale du 20 juin 2013 au 5 juillet 2013 (hospitalisation pour sevrage alcoolique) et du 12 juillet 2013 au 30 avril 2014 (récidive oncologique et traitement de chimiothérapie). L'incapacité de travail a également été de 100% dans toutes activités de mai à juin 2015 du fait d'une exacerbation des lombalgies. Dans une activité adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles (à savoir : activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, sans manipulations de charges lourdes supérieures à dix kilos, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras), la capacité de travail est totale dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 (avis SMR du 4 janvier 2016). Ces constatations ne sont pas critiquables et doivent être retenues. Le recourant ne produit aucun élément médical à leur encontre. Il sied de relever que le rapport du 13 juillet 2016 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du service d'hématologie au CHUV, contredit l'hypothèse du conseil du recourant qui évoquait une rechute du cancer. Il s'ensuit que l'assuré n'a pas présenté d'incapacité de travail de longue durée justifiant l'octroi d'une rente.

**b)** L'argument selon lequel dès lors que le lymphome du recourant progresse, il conviendrait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> août 2014 et ce pour une durée indéterminée compte tenu de la particularité du trouble qu'il présente, ne résiste pas à l'examen. En effet, selon la Dresse I. \_\_\_\_\_, « actuellement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne présente pas de symptômes directement liés à la maladie du lymphome qui est d'ailleurs en rémission complète selon les derniers PET-CT » (rapport du 13 juillet 2016 p. 2). Le recourant n'a pas présenté non plus d'incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée justifiant l'octroi d'une rente. Les considérations qui précèdent ne préjugent en rien de la situation future du recourant. Vu le contexte d'un cancer, considéré par la science médicale comme incurable, celui-ci conserve évidemment la faculté de déposer une nouvelle demande de prestations en fonction de l'évolution de son état de

santé postérieurement à la date de la décision attaquée, donnant lieu ainsi à une nouvelle appréciation de sa situation médicale et personnelle.

**c)** La violation du devoir d'instruire reprochée à l'OAI quant aux répercussions que pourrait avoir la manifestation au niveau de l'hypocondre droit sur les autres troubles n'est pas fondée. A lecture, on observe que la question a en réalité été investiguée par les médecins du CHUV. La Dresse I. \_\_\_\_\_ indique que la douleur chronique au niveau de l'hypocondre droit « reste d'origine indéterminée malgré la consultation gastroentérologique qu'il [l'assuré] a eu au CHUV » (rapport du 13 juillet 2016 p. 2). Parmi les pièces médicales mises à sa disposition, le Dr E. \_\_\_\_\_ décrit en effet un rapport de la consultation d'endocrinologie au CHUV du 11 avril 2014 en raison de douleurs de l'hypocondre droit ayant nécessité un CT-scan abdominal « qui est revenu normal ». L'expert précise en outre qu'une gastroscopie, effectuée le 12 février 2013, concluait uniquement à une légère gastrite chronique antrale avec foyers de métaplasie intestinale mais sans varice, avec l'*Helicobacter pylori* qui était négatif (rapport d'expertise du 3 juillet 2014 p. 6 et 17). Outre ses propres allégations, le recourant ne produit aucun élément établissant l'origine de ses douleurs au niveau de l'hypocondre droit, de sorte qu'en l'état celles-ci n'ont pas d'origine objective. Il n'existe donc pas d'éléments concrets justifiant de se distancer de la position de l'OAI.

**d)** Les constatations et conclusions de l'expertise du 3 juillet 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_ ainsi que celles du rapport du 13 juillet 2016 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, suivies par les médecins du SMR puis entérinées par l'OAI dans sa décision, reposent sur des études circonstanciées du cas d'espèce et des examens complets, et prennent également en considération les plaintes de l'assuré. Elles ont été établies en pleine connaissance du dossier, sont le fruit d'avis clairs et probants et sont dûment motivées. Ces pièces médicales ont été établies selon les règles de l'art et remplissent les réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5 supra). Elles ne sont pas contredites ou valablement remises en cause par d'autres éléments médicaux récoltés au dossier.

Il suit de là que, sur le plan médical, le recourant bénéficie notamment d'une capacité de travail de 100%, depuis novembre 2012, dans une activité adaptée à son état de santé moyennant le respect de l'ensemble des restrictions fonctionnelles retenues par l'OAI aux termes de sa décision. On peut toutefois admettre une totale incapacité de travail dans toutes activités du 20 juin 2013 au 5 juillet 2013 (hospitalisation pour sevrage alcoolique), du 12 juillet 2013 au 30 avril 2014 (récidive oncologique et traitement de chimiothérapie), et enfin de mai à juin 2015 (exacerbation des lombalgies).

Il reste, à ce stade, à examiner le préjudice économique subi par le recourant en raison de son état de santé.

**7. a) aa)** Selon l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al.1 LAI, dans le cas des assurés exerçant une activité lucrative, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalide.

Le revenu de valide fixé à 65'208 fr. en référence au salaire conventionné du bâtiment et génie civil pour un travailleur sans CFC, après trois ans d'expérience sur un chantier (cf. « REA - Calcul du salaire exigible » du 18 septembre 2014 [pièce 58]) n'est pas critiquable - et d'ailleurs pas critiqué par le recourant -, de sorte qu'il n'existe aucun motif d'en réexaminer le calcul plus avant.

**bb)** Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé - soit

lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA ou, comme ici, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ([ESS] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C\_57/2008 du 3 novembre 2008 consid. 3). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; TFA I 171/2004 du 1<sup>er</sup> avril 2005 consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

**cc)** En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé dans sa décision en tant que revenu hypothétique d'invalidé l'est sur la base des données ressortant de l'ESS, procédé que le recourant ne conteste pas au demeurant ; ainsi, pour 2013, année d'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), le revenu sans invalidité exigible est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures; La Vie économique, 1/2-2015, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 5'109 fr. 29 (4'901 fr. x 41,7 / 40), ce qui donnerait un salaire annuel de

61'311 fr. 50. Ce montant doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2010 à 2011, de 2011 à 2012 et de 2012 à 2013 (respectivement 1%, 0.8% et 0.7% ; site de l'OFS [Office Fédéral de la Statistique]), ce qui donne un revenu de 62'856 fr. 96.

**b) aa)** Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. L'OAI a procédé de la sorte en retenant que les limitations fonctionnelles liées au handicap et à l'âge justifiaient la prise en compte d'un abattement de 10% sur le revenu hypothétique d'invalidé.

Le recourant estime pour sa part que sa nationalité étrangère, son âge (54 ans) et ses limitations fonctionnelles justifieraient la prise en compte d'un abattement de 20%.

La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les

différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

**bb)** Il est établi, et non contesté au demeurant, que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité de maçon depuis novembre 2012. Comme on l'a vu plus haut (cf. consid. 6d supra), sa capacité de travail est néanmoins entière dans un poste adapté à son état de santé, depuis novembre 2012, ceci sous réserve de courtes périodes d'incapacité totale de travailler.

S'agissant de sa nationalité (ressortissant portugais sur sol helvétique depuis de nombreuses années) on ne voit pas en quoi – et le recourant ne l'expose d'ailleurs pas – cela serait concrètement susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales dans l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à son handicap étant rappelé que le salaire statistique de l'ESS recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles au recourant (cf. TF 9C\_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4). Cependant eu égard à la multitude de restrictions affectant l'intéressé dans son quotidien, il se justifie de retenir, à l'instar de l'OAI, une déduction de 10% liée aux limitations fonctionnelles et à l'âge de l'assuré.

Par surabondance, on rappellera que le recourant se trouvait dans sa 54<sup>ème</sup> année en novembre 2013. Or, cet âge est en-dessous du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'un âge avancé où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Dans l'arrêt 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, le Tribunal fédéral a jugé que l'assuré, âgé de 58 ans au moment où la modification du droit à la rente prenait effet et de 60 ans au moment de la décision litigieuse, n'avait pas atteint le seuil à

partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (consid. 6.2).

**c)** Tenant compte d'un abattement de 10%, le revenu hypothétique avec invalidité pour 2013 s'élève en conséquence à 56'571 fr. 27, le taux d'invalidité du recourant étant dès lors de 13.24% ( $\frac{65'208 \text{ fr.} - 56'571 \text{ fr. } 27}{65'208 \text{ fr.}} \times 100$ ) comme le retient l'OAI dans sa décision. Il résulte un degré d'invalidité largement inférieur à 70% (cf. consid. 3b supra). Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé, cela n'aurait au final pas d'incidence sur l'issue du litige. En effet, après comparaison entre les revenus raisonnablement exigibles au sens de l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité du recourant serait alors de 27.70% ( $\frac{65'208 \text{ fr.} - 47'142 \text{ fr. } 72}{65'208 \text{ fr.}} \times 100$ ), arrondi à 28% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit un degré d'invalidité inférieur au seuil minimum de 40% ouvrant le droit à la rente. Partant, le recourant n'a finalement pas droit à une rente.

**8. a)** Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5

RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Karim Hichri, conseil du recourant, a renoncé à produire une liste des opérations, s'en remettant à justice pour la fixation de l'indemnité d'avocat d'office. Il convient par conséquent de lui allouer un montant de 1'800 fr. pour ses prestations d'avocat, au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), somme à laquelle s'ajoutent les débours forfaitaires par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ) et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'052 fr. ( $[(1'800 \text{ fr.} + 100 \text{ fr.}) \times 108] / 100$ ) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause, débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 10 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil du recourant A. \_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'052 fr. (deux mille cinquante-deux francs), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Inclusion Handicap Service juridique (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :