

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Oppikofer et Perreten, assesseurs  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 et 44 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse d'origine vietnamienne, né en [...], est au bénéfice d'un diplôme de technicien ET en informatique industrielle. Licencié le 28 février 2009, il est depuis sans emploi.

Le 4 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une sclérose en plaques diagnostiquée en 1991.

Par rapport du 22 juin 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'assuré, a retenu comme diagnostics avec effets sur la capacité de travail une sclérose en plaques, une surdité à l'oreille droite et une presbyacousie gauche. Aux titres de limitations fonctionnelles, il a relevé : « pas de situation anxiogène, faiblesse jambe G (500 m à plat, marche lente sans obstacle) 4 heures par jour maximum (hypoacousie neurologique à D, diplopie séquellaire) depuis le 5 mars 2015 ». Il a constaté que l'assuré présentait une capacité de concentration limitée avec troubles mnésiques séquellaires et troubles de la concentration séquellaires, une capacité d'adaptation limitée avec de la fatigabilité, de l'irritabilité et de la peur de l'imprévu et une résistance limitée avec une fatigabilité physique et psychique. Il a considéré que l'assuré était apte à travailler 4 heures par jour avec un rendement de l'ordre de 80 % dans une activité adaptée.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a notamment joint à son envoi deux rapports du Dr M.\_\_\_\_\_, neurologue. Dans le premier, du 28 mars 2014, le spécialiste constatait que l'assuré présentait une sclérose en plaques vraisemblablement de forme bénigne au vu de la discrétion des anomalies cliniques objectivées au bilan et du peu de nombre de poussées majeures. Il préconisait l'introduction d'un traitement de fond. Il indiquait enfin en conclusion : « En cas d'appréciation d'une éventuelle rente AI, il

conviendra également de pratiquer un bilan neuropsychologique ». Aux termes du second rapport, du 3 mars 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ relevait que l'évolution neurologique de l'assuré était relativement stationnaire, une discrète progression de l'affection n'étant pas totalement exclue.

Dans un rapport du 3 juillet 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de sclérose en plaques, de forme poussées-rémissions. Il a relevé, concernant l'activité exercée à ce jour, que, sur le plan neurologique, les déficits constatés cliniquement représentaient des limitations fonctionnelles pour les activités physiquement lourdes (port de charges, déplacements) mais n'entraînaient en principe pas de limitations des activités physiquement moyennes et légères. Il a encore constaté que les facteurs de fatigue et fatigabilité pouvaient entrer en ligne de compte. Il a ainsi considéré que l'activité exercée était encore exigible en principe, au moins à concurrence de 50 à 75 % mais a précisé qu'il n'avait pas examiné l'assuré dans ce sens. Quant au rendement de l'assuré, il l'évaluait comme « possiblement réduite », entre 25 et 30 %.

A la suite d'un questionnaire transmis par l'OAI le 19 mai 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a, le 25 mai 2016, précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée était en principe complète avec un rendement altéré dans une mesure de 20 à 30 %. Il a indiqué que le taux d'activité retenu était désormais plus important qu'en juillet 2015 dans la mesure où l'assuré ne souffrait plus d'aucune atteinte neurologique significative, qu'il n'y avait pas eu de poussée récente et que le status était normal.

Par avis médical du 9 juin 2016, les Drs P.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 50 % avec une baisse de rendement de 20 % du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 24 mai 2016. Ils ont estimé que, depuis le 25 mai 2016, l'exigibilité était de 100 % avec une baisse de rendement de 20 à 30 % dans l'activité habituelle comme dans l'activité adaptée.

Par avis complémentaire du 23 janvier 2017, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a précisé que la capacité de travail globale du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 24 mai 2016 était estimée à 40 %.

Le 7 février 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dans le sens de l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 août 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 60 %, aucun droit à la rente n'étant reconnu pour la période subséquente.

Le 21 mars 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a adressé ses objections à l'OAI. Il a soutenu que le droit à la rente devait être maintenu après le 31 août 2016. Il a affirmé que le rapport du 26 [recte : 25] mai 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_ ne correspondait pas à la réalité et qu'il n'était pas en mesure d'assumer un travail à 100 % avec un taux de rendement diminué de 20 à 30 %. Quant à l'évaluation de son préjudice économique, il a critiqué le fait qu'aucun taux d'abattement ne lui ait été appliqué, compte tenu de son âge. Il a enfin demandé l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter sa contestation et faire parvenir à l'OAI un nouveau rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, un rendez-vous ayant été fixé au 6 avril 2017.

Le 27 mars 2017, l'OAI a accordé à l'assuré un délai au 30 avril suivant pour produire tout élément pertinent susceptible de le faire revenir sur sa position.

Le 24 avril 2017, l'assuré a transmis à l'OAI un questionnaire médical rempli le 18 avril 2017 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Le contenu du questionnaire était notamment le suivant :

**« 1. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de Monsieur T.\_\_\_\_\_ depuis 2016 ?**

[...]

Dernière consultation générale en 2016 le 05.02.16.

Première consultation en 2017 le 14.02.17 : légère aggravation des troubles cérébelleux dynamiques et statiques, légère

asymétrie du voile du palais, apparition d'un syndrome chronique d'apnée du sommeil et dysfonction urinaire à PSA [...]

**2. Monsieur T. \_\_\_\_\_ décrit actuellement des troubles de la concentration, des fourmillements et picotements sur le côté droit, des problèmes d'élocution, des pertes occasionnelles d'urine et relève être constamment fatigué. Pouvez-vous le confirmer ?**

Oui, ces éléments sont bien décrits autant par le patient que par son épouse. Ils ne sont pas présents dans l'anamnèse et l'examen clinique 2016.

**3. Etes-vous d'accord avec votre confrère lorsqu'il estime dans son rapport du 25 mai 2016 que la capacité de travail dans l'activité habituelle est en principe complète, avec une altération de rendement à un taux de 20%-30% ?**

Sous réserve de mon status (sic) de médecin de famille, j'estime qu'avec ces nouveaux éléments cliniques (grande fatigabilité, trouble de concentration, séquelles neurologiques se péjorant sous traitement) il ne peut être exigé plus de 50 % tant en heures de travail qu'en rendement-productivité.

**4. Dans la négative, quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle et depuis quand ?**

50 % depuis mars 2015 lors de mon rapport initial à l'AI, sous réserve à l'époque de la validation par le neurologue = en effet, le traitement n'avait pas été encore débuté.

En 2017, il me paraît évident, avec ces nouveaux éléments, de la légitimité de ces recommandations 2015.

**5. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée et depuis quand ?**

50 % - mars 2015

**6. Quelles sont, médicalement parlant, les limitations fonctionnelles ?**

- Troubles mnésiques et de concentration. Fatigabilité importante (syndrome d'apnée en cours d'évaluation pour déterminer une origine centrale)
- Syndrome cérébelleux.

**7. Remarques éventuelles :**

Patient volontaire qui avait par le passé toujours minimisé ses difficultés (raisons culturelles) : maintenant, il décrit précisément ses handicaps »

Le 2 juin 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il allait consulter un nouveau neurologue et a demandé qu'il soit sursis à toute nouvelle

décision le concernant dans l'attente des déterminations écrites de ce praticien.

Le 17 juillet 2017, l'assuré a adressé à l'OAI un questionnaire médical rempli le 5 juillet 2017 par la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : [...]). Aux termes de ce document, elle déclarait se rallier aux conclusions du rapport du 18 avril 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_ et indiquait qu'avec sa cheffe, la Dresse K.\_\_\_\_\_, neurologue, elles estimaient la capacité de travail de l'assuré au maximum à 50 % avec des limitations fonctionnelles sous forme de troubles de la marche avec limitation du périmètre de la marche, de troubles de l'équilibre, de trouble de la coordination à gauche, de difficultés cognitives anamnestiques avec fatigabilité intellectuelle.

Le 11 décembre 2017, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire qui lui avait été adressé par l'OAI, indiquant en particulier :

« 1. Avez-vous vu l'assuré susnommé depuis votre dernière consultation du 29 mai 2017 ? Si oui, quelle est l'évolution clinique ?

Evaluation par la Dre K.\_\_\_\_\_ le 21.08.2017, Evolution stable.

2. Vous attestiez en mai 2017 d'une aggravation de son état neurologique, pouvez-vous dater approximativement la date d'aggravation (en mai 2016 l'examen neurologique du Dr M.\_\_\_\_\_ était normal) ?

Depuis environ 2 à 3 ans, péjoration progressive de la marche et apparition de troubles sphinctériens.

[...]

4. Quel était le status clinique neurologique le 29 mai 2017 ?

Oculomotricité saccadée - pronation à l'épreuve des bras tendus et diminution motricité fine membre sup. gauche - dysmétrie MSG - parésie à M4 membre inférieur gauche - pallesthésie 618 malléolaire DDG - tétrahypereflexie G + D - Romberg positif

5. Vous attestiez d'une capacité de travail limitée à 50%, à partir de quand (Le Dr M.\_\_\_\_\_ au vu de la fatigabilité, l'estimait à 70% depuis mai 2016) ? Et pour quelles raisons ?

Depuis notre évaluation du 29.5.2017 pour fatigabilité, troubles de la marche et de l'équilibre, hémiparésie gauche.

6. Autres remarques :

Il nous est pas possible de nous prononcer sur la capacité de travail avant notre évolution (sic). »

En annexe à cet envoi étaient produits deux rapports du Service de neurologie du [...] du 27 juin et du 1<sup>er</sup> septembre 2017 confirmant les éléments évoqués dans le questionnaire.

Par avis SMR du 19 décembre 2017, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a indiqué que, s'agissant d'une atteinte dégénérative, une aggravation clinique avec baisse de la capacité de travail à 50 % pouvait être admise dès le mois de mai 2017.

Le 9 janvier 2018, elle a précisé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites au rapport d'examen du 9 juin 2016, depuis mai 2017 et qu'auparavant, elle s'élevait à 70 %.

Par projet de décision du 11 janvier 2018 annulant et remplaçant celui du 7 février 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 août 2016 puis une demi-rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> mai 2017. L'OAI a considéré qu'entre le 1<sup>er</sup> décembre 2015 - date de la naissance du droit à la rente - et le 25 mai 2016, l'assuré avait présenté une capacité de travail de 50 % avec baisse de rendement de 20 % dans toute activité, soit une capacité globale de 40 % correspondant à un degré d'invalidité de 60 %. Il a estimé que, dès le 25 mai 2016, la capacité de travail s'élevait à 100 % avec une diminution de rendement de 20 % à 30 %, soit un degré d'invalidité de 30 % au maximum, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente de sorte que le droit à la rente devait être supprimé après trois mois d'amélioration, au 31 août 2016. Enfin, l'OAI a admis que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré dès le mois de mai 2017 et qu'il présentait dès cette date une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité.

Le 25 janvier 2018, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a demandé à ce que son droit à la rente soit maintenu au-delà du 31 août 2016. Il a contesté le rapport du 26 [recte : 25] mai 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_, invoquant les rapports du 18 avril 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_ et du 5 juillet 2017 de la Dresse O.\_\_\_\_\_. Du point de vue économique, il a critiqué le fait que l'OAI ne lui ait pas appliqué de taux d'abattement en raison de son âge.

Par avis médical du 19 février 2018, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a confirmé son avis du 19 décembre 2017.

Le 27 août 2018, l'OAI a répondu à l'assuré qu'il considérait que la Dresse O.\_\_\_\_\_ n'avait pas clairement contesté l'avis exprimé par le Dr M.\_\_\_\_\_ le 25 mai 2016 concluant à une amélioration de l'état de santé justifiant une capacité de travail entre 70 % et 80 %. La Dresse O.\_\_\_\_\_ avait du reste reconnu ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré pour la période antérieure au 29 mai 2017. L'OAI a encore précisé que la sclérose en plaques dont souffre l'assuré était susceptible d'entraîner une symptomatologie neurologique pouvant s'améliorer.

Par décision du 3 septembre 2018, l'OAI a confirmé le projet de décision du 11 janvier 2018.

**B.** Par acte du 4 octobre 2018, T.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Il a pris les conclusions suivantes :

« Principalement, Monsieur T.\_\_\_\_\_ (sic) conclut à l'annulation de la décision en cause en ce qui a trait uniquement au versement de la rente au-delà du 31 août (sic) 2016 et à la constatation que, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016, il a droit à la poursuite du versement d'une rente à hauteur d'un  $\frac{3}{4}$  de rente, basé sur un degré d'invalidité de 60%. Le versement d'un  $\frac{3}{4}$  de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 août 2016 n'est pas contesté.

Subsidiairement, le recourant conclut à l'annulation de la décision en cause et au renvoi de la cause auprès de l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants, étant précisé à nouveau

que le droit au  $\frac{3}{4}$  de rente concernant la période du 1<sup>er</sup> décembre au 31 août 2016. (sic) »

Le recourant a fait valoir que l'avis du 26 [recte : 25] mai 2016 du Dr M. \_\_\_\_\_ ne pouvait pas être suivi dès lors qu'il était contredit par les Drs S. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ et qu'en présence d'un doute quant à la capacité de travail, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant. Il a également contesté l'application par l'OAI d'un taux d'abattement de 10 % dans l'évaluation du préjudice économique alors même que, selon lui, au vu de son âge, un taux de 20 % aurait dû être retenu. Enfin, il a reproché à l'OAI de n'avoir pas pris en compte le fait que, dans sa situation, il ne présenterait aucune chance de trouver un nouvel emploi.

Par réponse du 29 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à octroyer un trois-quarts de rente d'invalidité au recourant uniquement du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 août 2016, avant de le remettre au bénéficiaire d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2017, aucun droit à la rente n'étant reconnu pour la période allant du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 avril 2017.

**3.** 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré 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.

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4)

**5.** En l'occurrence, l'intimé a, dans le cadre de la décision litigieuse, considéré que le recourant présentait, dès le 25 mai 2016, une capacité de travail à 100 % avec une diminution de rendement de 20 à 30 % et, dès mai 2017, une capacité de travail de 50 %. Le recourant allègue que sa capacité de travail est demeurée inchangée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et qu'il a droit par conséquent au maintien d'un trois-quarts de rente au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2016 (trois mois après l'amélioration constatée en mai 2016).

**a)** Il est constant que le recourant souffre d'une sclérose en plaques de type poussées-rémissions existant depuis 1991 dont les manifestations se sont accrues en 2014. Dans un rapport du 28 mars 2014 au Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a évoqué une discrète atteinte pyramidale et sensitive superficielle hémicorporelle gauche, précisant que le bon état neurologique général de l'assuré l'autorisait à avoir un certain degré d'activité professionnelle. L'assuré a présenté des poussées en novembre et décembre 2014. Les troubles sensitifs intéressaient désormais également la cuisse droite avec l'apparition de troubles de coordination au niveau du membre supérieur gauche (cf. rapport du 3 mars 2015 du Dr M.\_\_\_\_\_ au Dr S.\_\_\_\_\_). Dans un rapport du 22 juin 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de sclérose en plaques, de surdité droite et de presbyacousie gauche et a estimé que son patient avait une capacité de travail de 4 heures par jour avec un rendement maximum de 80 %. Dans un rapport médical du 3 juillet 2015 à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail entre 50 et 75 % avec un rendement réduit de 25 à 30 % et ce, en lien avec le diagnostic de sclérose en plaques présenté par l'assuré (cf. rapport médical du 6 juillet 2015 à l'OAI). Dans le cadre d'un entretien du 30 septembre 2015, l'assuré a indiqué à son conseiller en réadaptation que le traitement qu'il avait finalement accepté provoquait des effets secondaires (douleurs, rougeurs sur la peau et sensations de chaleur dans la tête) et qu'il avait des difficultés à prononcer certains mots et à retenir ses urines lors de la survenue de spasmes. Poursuivant l'instruction du dossier de l'assuré, l'intimé a, par courrier du 19 mai 2016, soumis un questionnaire au Dr M.\_\_\_\_\_, lequel a, dans sa réponse du 25 mai 2016,

retenu une capacité de travail à 100 % avec une diminution de rendement de 20 à 30 % à cause de la fatigue. Il a précisé que le taux retenu était plus important qu'en juillet 2015 en raison de l'absence d'atteinte neurologique significative, de poussée récente, le status étant par ailleurs normal. Au vu des éléments précités, l'intimé a considéré que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 60 % du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 24 mai 2015, puis de 30 % dès le 25 mai 2016 (cf. projet de décision du 7 février 2017), sans toutefois solliciter un rapport médical du médecin traitant.

**b)** Contrairement à l'opinion de l'intimé, l'instruction du dossier de l'assuré ne pouvait se limiter à l'évaluation de son état de santé sur le plan neurologique. D'emblée, dans le premier rapport médical transmis au médecin traitant, soit celui du 28 mars 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a informé le Dr S. \_\_\_\_\_ qu'« en cas d'appréciation d'une éventuelle rente AI, il conviendra également de pratiquer un bilan neuropsychologique ». En d'autres termes, si le neurologue n'a pas pris en considération d'éventuels troubles neuropsychologiques, car sortant de son domaine de compétences, il a néanmoins informé le médecin traitant de la nécessité de procéder à une telle évaluation. A la demande du recourant, le Dr S. \_\_\_\_\_ a fait part, le 18 avril 2017, de son appréciation concernant les atteintes de son patient, respectivement le rapport du 25 mai 2016 du Dr M. \_\_\_\_\_, rappelant que les troubles de la concentration, les problèmes d'élocution et les pertes occasionnelles d'urine notamment n'étaient pas présents dans l'anamnèse et l'examen clinique de 2016, l'intéressé ayant des difficultés à évoquer de tels troubles pour des raisons culturelles. Le 27 juin 2017, la Dresse O. \_\_\_\_\_ a informé le médecin traitant que l'assuré présentait depuis deux ou trois ans des troubles sphinctériens sous la forme d'urgences mictionnelles motivant une consultation en neuro-urologie avec le diagnostic posé de vessie neurogène sur sclérose en plaques avec troubles du remplissage. Le 5 juillet 2017, la Dresse O. \_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail de son patient à 50 % depuis le 29 mai 2017 (date de la première consultation) en raison de fatigabilité, troubles de la marche et de l'équilibre et hémiparésie gauche, précisant qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail avant la date précitée. Elle a en outre

confirmé la présence de difficultés cognitives anamnestiques avec fatigabilité intellectuelle comme limitation fonctionnelle.

**c)** Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis qu'au moment de la décision litigieuse, la situation médicale n'était pas suffisamment établie pour pouvoir apprécier la capacité de travail du recourant au plan neurologique et neuropsychologique. En particulier, au vu des constatations de la Dresse O.\_\_\_\_\_ et des précisions du Dr S.\_\_\_\_\_ quant aux réticences de l'intéressé à évoquer ses difficultés, avis qui s'avèrent en contradiction avec l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ du 25 mai 2016 (absence d'atteinte neurologique significative), il conviendra d'examiner si le recourant a connu une réelle amélioration de sa santé entraînant la suppression de sa rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016, puis la reconnaissance d'un taux d'invalidité et entraîner le retour à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2017 en raison d'une nouvelle aggravation, laquelle serait toutefois moins significative qu'en 2014-2015.

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il complète l'instruction, puis prenne une nouvelle décision. Il incombera ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise neurologique avec un volet neuropsychologique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts.

**6.** Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres griefs formulés par le recourant à l'encontre de la décision entreprise, notamment la question de l'abattement sur le salaire statistique devant être pris en compte pour déterminer le revenu d'invalidité et les possibilités de retrouver un emploi, ces questions pouvant souffrir de rester indécises à ce stade.

**7.**           **a)** Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 3 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires, par 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 T.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Flore Primault (pour T.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :