

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mai 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J.\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Freymond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme ouvrier de la construction auprès de [...].

En 2012, l'assuré a présenté une fistule para-anale pour laquelle il a dû subir des interventions les 13 août et 31 octobre 2012. En raison d'une récurrence, il a encore été opéré les 24 octobre et 4 novembre 2013.

L'assuré a été mis au bénéfice plusieurs de certificats médicaux attestant de son incapacité de travail, en particulier entre le 24 octobre 2013 et le 5 janvier 2015.

Dans un rapport du 25 novembre 2013 à T.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'employeuse, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du [...], a posé le diagnostic d'abcès péri-anal existant depuis le 4 novembre 2013. Il a retenu, comme limitations objectives rencontrées dans le cadre de l'activité exercée : « ne doit pas rester assis ou debout pendant longtemps, ne doit pas courir ni porter des charges ».

L'assuré a subi, les 31 mars, 14 avril, 24 avril, 2 mai, 9 mai, puis, le 16 mai 2014, plusieurs interventions visant à traiter une récurrence de fistule post-fistulectomie complexe avec lambeau d'avancement et reconstruction sphinctérienne.

Le 20 mai 2014, par l'intermédiaire de T.\_\_\_\_\_, 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), invoquant une épilepsie ainsi qu'une fistule anale.

Dans un rapport du 12 juin 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale, a posé le diagnostic de fistule para-anale récidivée existant depuis octobre 2013. Il a précisé que l'assuré avait subi une

fistulectomie le 31 mars 2014 ainsi que de nombreuses reprises chirurgicales ultérieures. La plaie opératoire était toujours en traitement. L'assuré, en incapacité de travail totale depuis la date de l'intervention, devait pouvoir reprendre son activité habituelle au taux de 100 % d'ici plusieurs semaines.

Dans un courrier du 9 octobre 2014 au Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du V.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain privée de l'assuré, a relevé ce qui suit :

« **Affection actuelle** :

Je ne reviens pas en détail sur l'affection de cet assuré que vous suivez depuis octobre 2012 pour une fistule para-anales opérée treize fois, la dernière fois le 16 mai 2014.

La dernière intervention a permis une fermeture quasi complète de la cicatrice. Du point de vue fonctionnel, l'assuré se plaint encore d'une difficulté à contrôler les gaz et un certain degré d'urgences défécatoires résiduel.

Vous l'avez adressé à une physiothérapeute spécialiste de l'incontinence, Madame [...], qui le suit encore actuellement.

**Plaintes actuelles** :

A part les besoins impérieux qu'il a encore un peu de mal à contrôler et l'émission de gaz, l'assuré dit être continent.

**Comorbidités** :

Epilepsie connue depuis l'enfance suivie et traitée par la Doctoresse R.\_\_\_\_\_.

[...]

**Conclusion** :

En l'état actuel, l'assuré me paraît apte à reprendre son activité professionnelle de maçon comme vous l'avez certifié le 03 novembre 2014 à 100 % ».

Par envoi du 6 janvier 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI que l'assuré s'était inscrit à l'assurance-chômage le 5 janvier 2015. Il disposait d'une capacité de travail de 100 %. La reprise de son activité habituelle de maçon était cependant limitée par la nécessité de disposer de WC et de douches à la demande. Sous cette réserve, sa capacité de travail n'était pas limitée. Le 8 janvier 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé que l'accès aux douches pouvait être remplacé par l'ajout, dans des toilettes standards, d'un pommeau. L'assuré ne devait pas utiliser de douche à

chaque fois qu'il allait à la selle. Il s'agissait d'une sécurité en cas d'accident. En temps normal, il devait se rendre une à deux fois par jour à la selle ce qui n'entraînait pas de baisse de rendement.

Dans un rapport reçu le 5 avril 2016 par l'OAI, la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, médecin cheffe du Service [...], a posé les diagnostics incapacitants d'épilepsie d'origine indéterminée avec crises focales avec rupture de contact, de lésion de la substance blanche atypique péri-ventriculaire sous-corticale en doigts-de-gants d'origine indéterminée sous investigation, de trouble neuropsychologique avec atteinte mnésique sévère et léger fléchissement des fonctions exécutives et attentives. Les diagnostics de réopération fistule anale répétée en 2014, de status post-résection hémorroïdes et abcès péri-anal en octobre 2012, de status post-reconstruction de l'os scaphoïde droit en décembre 2008 et de status post-coloscopie pour polype sessile sigmoïdien et status hémorroïdaire de stade I en 2008 étaient sans effets sur la capacité de travail. La spécialiste a indiqué qu'un bilan neuropsychologique effectué en mars 2014 avait montré une atteinte mnésique sévère avec un léger fléchissement des fonctions exécutives et attentionnelles et des difficultés d'évocations lexicales. Elle notait une évolution entre novembre 2011 et mars 2014, avec une baisse de performance de la mémoire verbale antérograde et préconisait la mise en place d'un nouveau bilan. Elle a encore indiqué que, sur le plan épileptologique, il n'y avait pas d'incapacité car la comitialité était stabilisée. Elle a relevé qu'il convenait d'éviter un travail sur chantier et la conduite professionnelle. La Dre R.\_\_\_\_\_ a encore expliqué que la comitialité n'entraînait pas de diminution de rendement mais que l'atteinte mnésique sévère et le léger fléchissement des fonctions exécutives et attentives devaient encore être investigués. La médecin a produit un rapport du 10 avril 2014 de Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, psychologues auprès de [...], rendant compte du bilan neuropsychologique et logopédique ambulatoire réalisé les 20 et 27 mars 2014. Les deux spécialistes y concluaient ce qui suit :

« Cet examen neuropsychologique met en évidence :

- Une atteinte marquée de la mémoire antérograde verbale touchant les processus d'apprentissage, de stockage et de récupération. La reconnaissance est mieux préservée.
- Cliniquement, des difficultés en mémoire prospective et rétrograde touchant le rappel de faits épisodiques autobiographiques.
- Une atteinte modérée de la mémoire verbale et visuo-spatiale immédiate.
- Un fléchissement exécutif caractérisé par des difficultés sévères dans une tâche complexe de mémoire de travail verbale et en incitation verbale.
- Une atteinte des capacités attentionnelles touchant l'attention soutenue et divisée et se manifestant par un ralentissement modéré au niveau du rendement et une fluctuation des temps de réponse.
- Un déficit d'accès lexical et de dénomination de noms propres.

Les autres domaines cognitifs évalués (tâches simples de mémoire de travail, mémoire antérograde visuelle, inhibition, flexibilité) sont globalement préservés.

Ce tableau montre au premier plan une atteinte mnésique sévère avec un léger fléchissement des fonctions exécutives et attentionnelles et des difficultés d'évocation lexicale. Au niveau de l'étiologie, le tableau est compatible avec les signes de dysfonctionnements des régions temporales à prédominance gauche probablement sous-tendus par les anomalies et les lésions cérébrales de la substance blanche mises en évidence à l'IRM cérébrale.

En comparaison au dernier bilan réalisé en novembre 2011, on note une baisse des performances en mémoire verbale antérograde (encodage passe de 42 à 30 points, évocation différée passe de 10 à 6 mots), alors que les résultats en mémoire visuelle antérograde sont légèrement améliorés. Concernant les processus attentionnels, on note une variabilité plus importante dans les temps de réponses et un moins bon rendement, avec un traitement qualitatif amélioré. Les autres résultats sont globalement superposables et les plaintes du patient sont les mêmes ».

Dans un rapport du 13 avril 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic incapacitant de fistulectomie compliquée avec incontinence anale résiduelle. L'assuré avait été en incapacité de travail totale entre le 10 août 2012 et le 2 septembre 2012, le 3 octobre 2012 et le 4 février 2013, le 24 octobre 2013 et le 3 février 2014, le 31 mars 2014 et le 4 mai 2014. La capacité de travail était entière sous réserve de la possibilité de disposer de WC proches et sans restriction.

L'assuré a subi une nouvelle opération le 13 mai 2016 (cf. certificat médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2016).

Dans un rapport du 7 juin 2016, les Dres D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et M.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjointe et médecin assistante auprès du Service de neurologie du [...], ont posé les diagnostics principaux de troubles cognitifs d'étiologie indéterminée à investiguer et de leucopathie aspécifique. Elles ont retenu, comme diagnostics secondaires et comorbidités : une épilepsie d'origine indéterminée avec crise focale avec rupture de contact et par moment généralisation secondaire, des troubles neuropsychologiques avec atteinte mnésique sévère avec léger fléchissement des fonctions exécutives et attentionnelles, un status post opération de fistule anale répétée en 2014, un status post résection hémorroïde et abcès péri-anal en octobre 2012, un status post reconstruction de l'os scaphoïde droit en décembre 2008 et un status post colonoscopie pour polype sessile sigmoïde. Les médecins ont conclu que le bilan anamnestique et d'imagerie était négatif pour une maladie démyélinisante. Elles ont ajouté que leur patient décrivait à l'avant-plan des troubles neuropsychologiques en évolution progressive depuis environ 5 ans, avec des troubles phasiques qui semblaient être à l'avant-plan et qu'il conviendrait d'investiguer.

Par rapport du 30 août 2016, la Dre M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de troubles cognitifs d'étiologie indéterminée existant depuis octobre 2015. Elle a indiqué, comme restriction à l'activité habituelle, l'existence d'un trouble neurologique dont l'effet était à revoir après un bilan prévu pour le 11 novembre 2016. Elle a relevé que l'assuré ne pouvait plus effectuer d'activités uniquement en position debout, principalement en marchant et qu'il n'était pas en mesure de monter sur une échelle ou un échafaudage. Il pouvait encore porter et soulever des charges de 5 kg au maximum. La concentration, la compréhension et l'adaptation étaient limitées.

Dans un rapport du 8 septembre 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics incapacitants d'épilepsie d'origine indéterminée avec crises focales et rupture de contact, existant depuis 1981, de fistule anale

complexe depuis 2012, traitée par de multiples interventions chirurgicales, avec incontinence fécale intermittente résiduelle depuis mai 2014 et de troubles neuropsychologiques avec atteinte mnésique sévère avec léger fléchissement des fonctions exécutives et attentives. Il a indiqué que des acouphènes gauches et une surdité de perception en hiatus bilatéral depuis 2015 étaient sans effet sur la capacité de travail.

Le 22 décembre 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sous réserve qu'il dispose de facilités pour aller à la selle. Il a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 5 au 24 juillet 2016.

Dans un rapport du 10 février 2017, la Dre R. \_\_\_\_\_ a indiqué que depuis mars 2016, l'épilepsie restait stable. La spécialiste a relevé la thymie abaissée de l'assuré, nécessitant une prise en charge sur le plan psychiatrique. Elle a notamment joint à son envoi :

- un rapport d'examen neuropsychologique du 19 janvier 2017 effectué auprès du [...] dont les conclusions sont les suivantes (sic) :

« Le bilan neuropsychologique de ce patient de [...] ans, adéquat, anxieux en début d'examen et nosognosique, met en évidence au premier plan :

- Un trouble de la mémoire épisodique touchant les processus d'apprentissage et de stockage, avec une reconnaissance toutefois satisfaisante ;
- Une fragilité de la mémoire verbale à court terme et de la mémoire de travail, observée dans l'exécution de calculs simples ;
- Un fléchissement exécutif (incitation verbale, programmation d'une figure complexe) et une fragilité de l'attention soutenue ;
- Un déficit d'accès lexical en français (pallié par des switches en [...]) et un manque du nom propre.

Le reste des fonctions cognitives investiguées apparaît en revanche préservé.

Comparativement au bilan effectué en 2014, on relève la persistance du trouble en mémoire épisodique verbale et en mémoire de travail, du fléchissement exécutif, de la fragilité de la mémoire verbale à court terme et de l'attention soutenue, et du déficit d'accès lexical. En revanche, on note l'amendement des difficultés en mémoire prospective et autobiographique cliniquement

observées, de l'atteinte de la mémoire à court terme visuo-spatiale et de l'attention divisée.

Nous vous rendons toutefois attentifs sur le fait qu'en l'absence de la feuille de scores de l'examen réalisé en 2014, le comparatif se base uniquement sur les conclusions du rapport et non sur les scores précis, ce qui entrave une comparaison plus fine. Nous sommes en possession uniquement de deux scores en mémoire épisodique verbale qui nous permettent de dire que le profil mnésique est stable voire en légère amélioration.

L'absence de troubles attentionnels massifs et la présence d'une claire dissociation des capacités verbales-visuo-spatiales en faveur des visuo-spatiales, n'évoquent pas un profil de maladie à Corps de Lewy, malgré la présence potentielle d'hallucinations. Le profil actuel, en l'absence de répercussions dans la vie quotidienne, parle davantage en faveur d'un trouble cognitif léger amnésique multi-domaine. La stabilité du tableau cognitif, voire l'amélioration dans certains domaines, n'apportent pas actuellement d'arguments en faveur d'une origine neurodégénérative ».

- un rapport du 25 janvier 2017 des Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante auprès du [...], posant le diagnostic principal de troubles cognitifs légers d'origine probablement thymique et les diagnostics secondaires d'épilepsie d'origine indéterminée avec crises focales avec perte de contact et par moment généralisation secondaire et de leucopathie aspécifique. Ils ont en outre pris les conclusions suivantes :

« [...] L'IRM cérébrale [du 8 novembre 2016] est superposable au comparatif de novembre 2015 avec une stabilité des lésions de la substance blanche ne remplissant pas les critères pour une sclérose en plaques et absence d'atrophie focale. Le PET-CT est dans les limites de la norme sans argument pour une pathologie dégénérative type maladie d'Alzheimer. La ponction lombaire ne relève pas d'anomalie avec des biomarqueurs dans les limites de la norme. Cette constellation associée aux clairs troubles anxiodépressifs évoqués par le patient parle contre une origine neurodégénérative aux troubles cognitifs présentés par le patient. Une origine thymique nous semble donc le plus probable. Nous vous laissons également le soin d'investiguer une possible composante épileptique.

Monsieur J.\_\_\_\_\_ exprimant lors de la consultation une thymie fortement abaissée avec des idées suicidaires scénarisées, nous lui proposons l'introduction d'un suivi psychiatrique associé à un contrat de non passage à l'acte dans l'attente. Il refuse une prise en charge psychiatrique et se dit incapable de pouvoir s'engager à ne pas passer à l'acte au vu d'une souffrance trop importante. Après prise de contact avec nos collègues de la psychiatrie de liaison (Dr

F. \_\_\_\_\_), un entretien psychiatrique aux urgences est proposé. Le patient est donc accompagné par nos soins aux urgences où il sera revu par nos collègues. A relever que le traitement de Keprati devrait être réexaminé au vu des troubles thymiques importants ».

Dans un rapport du 10 août 2017, les Dres N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et I. \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au [...], ont posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis le 7 février 2017 et toujours en cours. Les spécialistes ont expliqué avoir introduit un traitement antidépresseur adapté à l'épilepsie, mis en place un travail psychothérapeutique et proposé un accompagnement par une assistante sociale. Elles avaient observé une amélioration thymique avec amendement des troubles du sommeil et récupération de l'élan vital. Néanmoins, l'état psychique de l'assuré restait fragile, avec des moments d'irritabilité, une tendance au repli sur soi, une intolérance au bruit, une fatigue, un manque d'espoir dans l'avenir. Elles ont précisé que le pronostic par rapport à la dépression était bon mais dépendait de la bonne observance du traitement ainsi que de l'amélioration des conditions de vie de l'intéressé. Les Dres N. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ont retenu, comme restrictions psychiques à l'activité exercée une fragilité psychique se traduisant par une fatigue facile, un ralentissement psychomoteur, une diminution de la capacité d'adaptation, une irritabilité et des difficultés interpersonnelles. Il présentait un risque de fautes professionnelles en raison de son atteinte cognitive temporaire (difficultés d'attention, de concentration, de mémoire). Les troubles du sommeil et la diminution d'appétit contribuaient également à une péjoration de la disponibilité physique et psychique pour le travail. Elles ont estimé que l'activité adaptée n'était plus exigible, indiquant que leur patient pourrait travailler uniquement dans des conditions adaptées à sa situation somatique. Elles en ont conclu qu'une activité adaptée au handicap physique de l'assuré pouvait être exigée mais que le taux et la charge de travail devraient être également adaptés selon la tolérance de ce dernier. Une reprise professionnelle dans un milieu adéquat pouvait même contribuer à une amélioration de la thymie et au rétablissement des habitudes.

Le 26 février 2018, la Dre I. \_\_\_\_\_ a précisé que la gravité de l'état dépressif présenté par l'assuré était diminuée, suite à l'introduction d'un antidépresseur et de l'accompagnement psychothérapeutique. Il présentait un état dépressif léger, avec un retentissement sur le sommeil et une irritabilité en lien avec son handicap physique. L'état psychique de l'intéressé ne constituait pas un facteur empêchant une activité professionnelle, bien que la thymie soit très réactive aux difficultés socio-économiques.

Dans un envoi du 25 avril 2018, la Dre W. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès du [...], a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée s'élevait à environ 90 %, précisant cependant que la dernière consultation datait de janvier 2018.

Dans un avis du 4 juin 2018, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a indiqué ce qui suit :

« Assuré de 50 ans, marié, 2 enfants, scolarité ordinaire, ouvrier dans le bâtiment actuellement sans emploi, permis de conduire automobile en ordre.

**Problèmes annoncés :**

- Status après fistule anale récidivante, traitée chirurgicalement avec comme séquelles des exonérations parfois impérieuses
- Episode dépressif sévère en janvier 2017, traité, actuellement de gravité légère
- Trouble neurocognitif léger dans un contexte d'épilepsie connue et traitée depuis l'enfance
- Dorsolombalgies chroniques non déficitaires anamnestiques.

LM : octobre 2013

CT dans l'activité de référence : 0% dès octobre 2013

CT dans une activité adaptée : 100% dès 3 novembre 2014 ; 0% dès janvier 2017 ; 80% dès janvier 2018

Limitations fonctionnelles: Activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 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 mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans conduite de véhicule, sans travail en hauteur ou sur échelles, sans usage de machine dangereuse et/ou vibrante, activité en milieu tempéré à proximité de toilettes (WC), à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables ».

Par projet de décision du 15 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité entre les 1<sup>er</sup> novembre 2014 et 28 février 2015 puis entre les 1<sup>er</sup> janvier 2017 et 31 mars 2018.

Le 17 décembre 2018, l'assuré, représenté par Me Olivier Freymond, a adressé ses objections au projet susmentionné. Il a fait valoir que son état de santé ne s'était jamais amélioré de sorte qu'il ne se justifiait pas d'interrompre son droit à la rente entre le 1<sup>er</sup> mars 2015 et le 31 décembre 2016 puis dès le 1<sup>er</sup> avril 2018. Il a également invoqué que ses troubles neuropsychologiques n'ont pas été pris en compte. Il a encore relevé que, même à admettre les améliorations de sa capacité de travail, il ressortait des documents au dossier que la première incapacité de travail avait duré non pas jusqu'au 3 novembre 2014 comme l'avait retenu l'OAI mais jusqu'au 5 janvier 2015. En outre, il a estimé que le calcul de son revenu avec invalidité devait être modifié en tenant compte d'une diminution de rendement due à son besoin d'aller fréquemment aux toilettes et d'un taux d'abattement de 25 %.

Dans un avis du 7 mai 2019, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que le Dr K. \_\_\_\_\_ avait indiqué le 9 octobre 2014 que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail le 3 novembre 2014 et qu'aucune aggravation n'avait été annoncée à cet égard.

L'OAI a répondu aux griefs de l'assuré dans un courrier du 22 juillet 2019. Il a considéré que les nombreuses opérations dont l'assuré se prévalait avaient été effectuées en ambulatoire et n'avaient pas justifié d'incapacité de travail supérieure à un ou deux jours. Il a en outre confirmé estimer que la première amélioration de l'état de santé du

recourant avait eu lieu le 3 novembre 2014. Il a enfin admis une erreur du calcul du salaire exigible de l'année 2018.

Par décision du 15 août 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente ordinaire d'invalidité pour les périodes entre le 1<sup>er</sup> novembre 2014 et le 28 février 2015 et entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 mars 2018. Il a considéré que l'assuré avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée à hauteur de 80 % entre le 3 novembre 2014 et le 31 décembre 2016 puis dès janvier 2018.

**B.** Par acte du 17 septembre 2019, J.\_\_\_\_\_, représenté par Me Freymond, a déféré la décision du 15 août 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2014, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée entre le 1<sup>er</sup> novembre 2014 et le 30 avril 2015 et le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 mars 2018 et qu'un quart de rente d'invalidité lui soit octroyé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018 et encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il a fait valoir que, depuis le dépôt de sa demande de prestations, son état de santé ne s'était pas amélioré. Il a reproché à l'OAI de n'avoir pas pris en considération les conséquences de ses atteintes neuropsychologiques. Il s'est également prévalu de ses lombalgies dont les conséquences n'auraient, selon lui, pas été investiguées. Le recourant a également invoqué que, même à retenir une modification de sa capacité de travail, sa première incapacité de travail - découlant de ses difficultés en lien avec une fistule anale complexe - avait en tous les cas duré jusqu'au 5 janvier 2015. Il a contesté que son revenu sans invalidité ait été fixé sans tenir compte d'une diminution de rendement tenant compte de la nécessité pour lui de quitter fréquemment sa place de travail pour aller aux toilettes ou prendre soin de son hygiène ainsi que de ses problèmes neuropsychologiques. A l'appui de son recours, le recourant a produit :

- un certificat médical adressé le 8 janvier 2015 par le Dr H. \_\_\_\_\_ à [...], indiquant des incapacités de travail entières entre le 10 août 2012 et le 3 février 2013, le 24 octobre 2013 et le 26 janvier 2014 et le 31 mars 2014 et le 4 janvier 2015.
  
- un rapport du 12 mars 2018 des Drs A. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie, posant les diagnostics de lombalgies droites chroniques, de troubles dégénératifs, de possible composante facettaire, de sciatalgies bilatérales, à prédominance droite, d'origine peu claire, d'électroneuromyogramme normal le 19 juillet 2017, d'inguinalgies droites et de possible neuropathie du nerf ilio-inguinal droit, diagnostic différentiel Maigne. Les spécialistes ont conclu que les douleurs semblaient être mixtes avec d'abord un point lombaire bas à droite évoquant un problème mécanique et pouvant trouver, dans le contexte des troubles dégénératifs, son origine dans les articulations facettaires. Les douleurs de la crête iliaque et du pli inguinal semblaient provenir du nerf ilio-inguinal.
  
- un rapport du 28 août 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, relevant avoir constaté que le recourant présentait un déconditionnement physique et psychique important. L'examen clinique et l'entretien avec le physiothérapeute traitant relevait des éléments de kinésiophobie sévère difficiles à prendre en charge.
  
- un rapport du 13 septembre 2019 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, posant les diagnostics d'épilepsie d'origine inconnue avec symptôme auditif, rupture de contact et généralisation secondaire (dernière crise en 2009), de syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil, de leucopathie aspécifique avec lésions de la substance blanche atypiques péri-ventriculaires sous corticales en doigts-de-gants d'origine indéterminée, de troubles cognitifs mineurs dans le cadre d'une épilepsie et de troubles anxio-dépressifs, d'épisodes dépressifs sévères actuellement en rémission partielle, de dorso-lombalgies chroniques et de fistule anale

complexe depuis 2012 avec un status post-multiples opérations dont une fistulectomie complexe avec lambeau d'avancement muqueux le 22 février 2017. Le médecin a indiqué que l'épilepsie, l'état anxio-dépressif ainsi que le problème de la fistule causaient au recourant une incapacité de travail partielle qu'il estimait à 60 %. Le problème principal résidait en les douleurs dorso-lombaires chroniques avec un déconditionnement physique important.

Dans sa réponse du 28 novembre 2019, l'OAI a indiqué qu'au vu des pièces au dossier, il y avait lieu d'admettre que l'assuré avait été en incapacité de travail dès octobre 2013 et jusqu'au 4 janvier 2015, puis du 1<sup>er</sup> janvier 2017 jusqu'au 31 décembre 2017 et que, entre le 5 janvier 2015 et le 31 décembre 2016, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ce dernier avait présenté une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Il concluait ainsi à la réforme de la décision attaquée, dans le sens qu'une rente entière d'invalidité soit allouée au recourant entre le 1<sup>er</sup> novembre 2014 et le 30 avril 2015, puis entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 mars 2018. L'OAI a produit un avis du 24 octobre 2019 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, au contenu suivant (sic) :

« **Discussion**

Point A a) Les troubles neuropsychologiques allégués sont cités et pris en compte dans l'établissement du rapport du SMR du 04.06.2018

Point A b) Les lombalgies sont citées et prises en compte dans le rapport SMR déjà mentionné en particulier les LF acceptées sont pour la plupart dues aux lombalgies. Cependant les pièces mentionnées (RM du 12.03.2018 et du 28.08.2019) contiennent des éléments supplémentaires dont l'AI n'avait pas connaissance. Le RM du 12.03.2018 évoque des lombalgies chroniques mais avec un status objectivement peu perturbé (pas de déficit moteur, pas de signe de Lasègue) et un électromyogramme normal. Il existe surtout une forte kinésiophobie et un déconditionnement expliquant mieux les douleurs que des lésions avérées. Quant au syndrome des jambes sans repos il a été éliminé précédemment par les spécialistes épileptologues. Concernant le document des médecins réadaptateurs de [...] du 28.08.2019 mais évoquant une consultation du 06.08, il mentionne un handicap modéré et surtout un déconditionnement plus que des lésions objectivables. Nous ne considérons pas que le certificat du médecin traitant du 13.09.2019 (donc postérieur à la décision) apporte un élément nouveau. L'estimation de la CT concernant l'épilepsie n'est pas cohérente avec celle des spécialistes (pas de baisse de la CT pour les

neurologues de Lavigny) quant à celle de l'état anxiodépressif, il est qualifié d'en rémission donc par nature non incapacitant.

[...] ».

Par acte du 8 janvier 2019, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a notamment reproché à l'OAI de n'avoir pas procédé à une appréciation globale de sa situation. Il a produit un rapport du 17 décembre 2019 du Dr X. \_\_\_\_\_ confirmant une incapacité de travail de 80 % au moins.

Par duplique du 27 janvier 2020, l'intimé a confirmé sa position.

## **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 droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité pendant les périodes entre le 1<sup>er</sup> mars 2015 et le 31 décembre 2016 et dès le 1<sup>er</sup> avril 2018.

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

**c)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou

sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**4. a)** 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** 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).

**c)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**d)** Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C\_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

**5. a)** L'OAI estime que le recourant a présenté deux périodes d'incapacité de travail totale, la première entre le mois d'octobre 2013 et le 4 janvier 2015 (selon la réponse déposée le 28 novembre 2019), en raison des problématiques en lien avec la fistule anale récidivée, la seconde entre janvier et décembre 2017, en raison de son trouble dépressif. Il estime qu'entre le 5 janvier 2015 et le 31 décembre 2016, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % (selon la décision entreprise). Le recourant conteste avoir présenté une quelconque capacité de travail depuis le dépôt de sa demande de prestations.

**b)** On observe que le recourant souffre de nombreuses atteintes à la santé, savoir des dorsolombalgies, un déconditionnement physique important, une leucopathie aspécifique avec atteinte de la substance blanche atypique péri-ventriculaire sous corticale en doigts-de-gants, une épilepsie, des troubles neuro-psychologiques, un état dépressif, des troubles neurologiques, et un status post-opérations de fistule anale complexe (rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2013, du Dr H.\_\_\_\_\_ des 12 juin 2014, 6 janvier 2015, 13 avril et 22 décembre 2016 ; de la Dre R.\_\_\_\_\_ des 5 avril 2016 et 10 février 2017 ; de Mmes Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2014 ; des Dres D.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ du 7 juin 2016 ; de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 30 août 2016 ; du Dr P.\_\_\_\_\_ du 8 septembre 2016 ; des Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2017 ; du [...] du 19 janvier 2017 ; des Dres N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ du 10 août 2017 ; de la Dre W.\_\_\_\_\_ du 24 avril 2018 ; des Drs A.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du 12 mars 2018 ; du Dr E.\_\_\_\_\_ du 28 août 2019 ; du Dr X.\_\_\_\_\_ des 13 septembre et 17 décembre 2019).

On ne comprend pas comment l'OAI a déterminé que le recourant aurait disposé, entre les 5 janvier 2015 et 31 décembre 2016 puis dès le 1<sup>er</sup> avril 2018 d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 %. L'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ du 4 juin 2018 ne contient en effet aucune indication sur les raisons ayant fondé son appréciation de sorte que l'on ignore quelles sont les atteintes qu'il a prises en compte. C'est le lieu de relever que le Dr A.\_\_\_\_\_ n'a pas procédé un examen clinique du recourant. Le rapport du 4 juin 2018 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport 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 ou d'un examen médical du SMR (art. 49 al. 2 RAI). En l'espèce, l'appréciation de la situation médicale opérée par le Dr S.\_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment motivée pour lui octroyer une valeur probante, alors qu'elle ne suit pas complètement les avis médicaux au dossier.

Les certificats médicaux produits par le recourant évoquent des taux d'incapacité de travail plus élevés que ceux retenus par le SMR. On observe par ailleurs que les douleurs lombaires n'ont pas été investiguées de manière systématique, quand bien même il a été retenu des limitations fonctionnelles en lien avec celles-ci - mais qui découlaient pour la plupart des suites de la problématique en lien avec la fistule anale de l'assuré (cf. notamment rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2013 ; de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2016). On ignore également si la capacité de travail résiduelle de 80 % retenue tient compte de la diminution de rendement de 10 % indiquée par les spécialistes en relation avec les troubles neuropsychologiques (rapport du 25 avril 2018 de la Dre W. \_\_\_\_\_). En outre, plusieurs médecins ont évoqué une incontinence fécale intermittente (rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ 8 septembre 2016 ; du Dr K. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2014). Cette question n'a pas été investiguée alors même qu'elle pourrait être de nature à diminuer le rendement de l'intéressé. Les troubles psychiques dont souffre l'assuré n'ont pas fait l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 4c *supra*). Enfin, alors même que l'assuré présente de nombreuses atteintes à la santé, l'OAI a renoncé, sans raison valable, à procéder à une évaluation médicale globale de sa situation (cf. consid. 4d *supra*).

Pour toutes ces raisons, l'instruction se révèle lacunaire et ne permet pas de statuer en l'état du dossier.

**6. a)** Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 15 août 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, 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 J.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois 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 Olivier Freymond (pour J. \_\_\_\_\_),
- 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 :