

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 4 et 28 al. 2 LAI.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, aide-cuisinier mais sans formation professionnelle achevée, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 mai 2012.

B. Dans un questionnaire complété par l'employeur le 6 juin 2012, ce dernier a indiqué que le salaire annuel de l'assuré se montait à 46'540 fr., pour une activité à temps plein.

Dans un rapport du 17 juillet 2012, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'hernie discale postéro-médiane et foraminale gauche L4-L5 comprimant L5 gauche et S1 gauche avec syndrome déficitaire moteur et réflexes liés, et de tabagisme chronique avec COPD [Chronic obstructive pulmonary disease], devenant limite, « GOLD II à III ». Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle et une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Ce médecin indiquait que l'incapacité de travail était de 30 %.

Il ressort des protocoles opératoires du V._____ [V._____] versés au dossier que l'assuré a notamment subi, le 22 avril 2013, une laparotomie exploratrice, une duodénotomie et une triple ligature de l'artère gastro-duodénale. Il a été réopéré le 26 avril 2013 pour une fermeture de la paroi abdominale par points séparés, et le 2 mai 2013 pour la révision de la cicatrice de laparotomie.

Le 10 juin 2013, l'assuré a subi une hémilaminectomie inférieure de L4 et supérieure de S1 avec laminectomie de L5 à droite pour sténose ostéoligamentaire associée à une discopathie L5-S1 droite.

Dans un rapport du 2 octobre 2013, le Dr S._____ a informé l'OAI que son patient avait tenté une reprise à 100 % en janvier 2013, laquelle avait échoué. Il expliquait qu'à la suite de l'utilisation de fortes doses de cortisone en raison de signes déficitaires lombaires, l'assuré avait développé un ulcère bulbaire gravissime nécessitant une hospitalisation d'urgence, puis un transfert au V._____, avec un risque mortel réel. Il s'en était suivi une perte pondérale et musculaire massive, sans amélioration des symptômes déficitaires lombaires. Le Dr S._____ se posait des questions sur la possibilité réelle d'une reprise du travail dans l'activité antérieure. Il préconisait plutôt une reconversion professionnelle.

Par courrier du 23 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un entraînement à l'endurance auprès de K._____ à [...] du 1^{er} mai 2014 au 31 juillet 2014.

Par courrier du 31 juillet 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les frais liés à un entraînement progressif auprès de K._____ du 1^{er} août 2014 au 14 novembre 2014.

Dans un rapport de stage du 22 août 2014, K._____ a notamment indiqué que l'assuré disposait des aptitudes professionnelles nécessaires à la réalisation de travaux de montage mécaniques simples et de conditionnements légers. En dépit de sa problématique de santé, il avait pu reprendre un rythme de travail et augmenter progressivement son temps de présence. Au terme de la mesure, il avait atteint quatre heures de présence par jour, quatre jours par semaine, soit un taux d'activité de 40 %. L'assuré avait cependant exprimé ressentir plus de fatigue au fur et à mesure que son taux de présence augmentait durant la mesure, ce qui l'avait contraint à se reposer durant la deuxième partie de la journée.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2014, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale postéro-médiane et foraminale gauche L4-L5

avec compression de la cinquième racine lombaire gauche connue depuis juillet 2011 et opérée en juin 2013, d'hémorragie digestive haute secondaire à la prise chronique d'anti-inflammatoires et de corticoïdes, et de perte pondérale de 9 kg au cours de cette dernière année. Pour ce médecin, une activité occupationnelle auprès de K._____ était encore exigible à un taux de 50 %.

Dans un rapport du 14 octobre 2014, K._____ a notamment indiqué que l'objectif principal de la mesure d'entraînement progressif était une augmentation progressive du temps de présence pour atteindre un minimum de 60 % au terme de la mesure, mais que l'assuré avait fourni un certificat médical attestant de son incapacité à augmenter son temps de présence et qu'il n'avait jamais réussi à tenir plus que 50 %.

Le 16 octobre 2014, la mesure d'entraînement progressif a été prolongée, du 15 novembre 2014 au 31 décembre 2014.

Dans un avis médical du 27 octobre 2014, les Drs P._____ et F._____, médecins auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR), ont requis la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR.

Dans son rapport du 17 décembre 2014, le Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et médecin auprès du SMR, a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans un contexte de status post cure de hernie discale L4-L5, L5-S1 et foraminotomie étagée du côté droit. Dans la partie « Appréciation du cas », ce médecin écrivait notamment ce qui suit :

« [...]

Monsieur Z._____ décrit une évolution favorable dans les suites de l'opération de chirurgie lombaire du 10.6.2013 : la sciatgie D a disparu, les douleurs lombaires sont nettement moins intenses, elles ne sont plus insomniantes. L'assuré garde des douleurs mécaniques s'il est assis trop longtemps, il n'est pas possible de quantifier avec l'assuré anamnestiquement la durée de la tolérance

en position assise. Il ne décrit plus de déficit, que ce soit sensitif ou moteur, aux membres inférieurs.

Monsieur Z. _____ nous apprend que dans la petite enfance il a été renversé par une voiture, qu'il a eu à ce moment-là un problème au niveau de la mâchoire, qui n'a pas été opérée. Il nous informe également qu'il a suivi une scolarité spécialisée, il ne tenait pas en place, il a été pris en charge jusqu'à l'âge de 16 ans, au [...] à [...]. Il n'y a aucun élément à disposition dans le dossier de l'assuré, décrivant une éventuelle atteinte neurologique ou psychiatrique dans l'enfance, voir l'adolescence.

Monsieur Z. _____ garde des douleurs abdominales, il a une perte d'appétit, il doit avoir une gastroscopie demain 18.12.2014 à l'Hôpital d' [...]. Il n'annonce pas de vomissements, pas de sang dans les selles, il est constipé. Il n'arrive pas à reprendre du poids, il a dû changer d'habits, avant d'avoir son hémorragie digestive l'assuré estime qu'il pesait 70 kg.

Monsieur Z. _____ dit garder une fatigue chronique. Il rentre à la maison après sa demi-journée aux ateliers K. _____, s'endort devant la télévision pendant une heure, puis passe l'après-midi devant la télévision. S'il se rend depuis son domicile jusqu'à [...] et rentre à la maison (2 x 15 minutes), il se décrit KO.

[...]

L'assuré est vu par le Dr G. _____, gastro-entérologue le 18.12.2014. Une gastroscopie est réalisée. La gastroscopie est décrite dans la limite des normes. Le Dr G. _____ ne propose pas de prise en charge particulière.

Nous sommes surpris par les trouvailles à l'examen clinique neurologique. L'assuré a une légère dysarthrie, avec une diminution de son pli nasogénien G, il nous explique qu'il a eu un accident de la circulation à l'âge de 4 ans. L'assuré a un faible niveau scolaire, son quotient intellectuel paraît limite. Nous avons une hyperréflexie aux 4 membres, sans signe de Babinski, le tonus est plutôt oppositionnel, l'assuré n'a pas de parésie ; il n'y a pas de signes de latéralisation. Ces éléments ne sont pas décrits dans les consultations à disposition du Dr H. _____, ils évoquent une atteinte neurologique centrale. Dans le diagnostic différentiel, il y a lieu de tenir compte soit d'antécédent de traumatisme crânien lors de la petite enfance ou d'un début de compression au niveau cervical ; il est à relever que la mobilité de la nuque est normale et indolore. Un accident vasculaire cérébral en relation avec le choc hypovolémique qu'a présenté l'assuré, entraînerait des signes de latéralisation. Nous envoyons le jour de l'examen, un courrier au médecin traitant, le Dr S. _____ ; nous l'informons des constatations neurologiques et proposons que l'assuré soit vu rapidement en consultation par le Dr H. _____. En date de correction de notre examen, il n'y a pas d'information à disposition dans le dossier électronique AI de l'assuré (GED).

L'examen du rachis montre des troubles statiques modérés avec une scoliose dorsale moyenne à convexité G, une hypercyphose dorsale et surtout un relâchement de la sangle abdominale. L'assuré n'a pas

d'attitude antalgique. Il a retrouvé une mobilité complète de son rachis lombaire, ce n'était pas le cas en août 2014, l'indice de Schober était encore réduit de moitié lors de la consultation du Dr H._____. La gestuelle spontanée de l'assuré est normale au niveau lombaire. Il n'y a plus de sciatgie irritative. Il garde une légère douleur à la palpation appuyée au niveau lombaire bas, sans contracture. Il n'y a pas de sciatgie irritative. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

L'évolution clinique est donc très favorable au niveau lombaire. Sur le plan rhumatologique, l'exigibilité reste nulle dans l'activité d'aide de cuisine, en raison de la station debout prolongée, des attitudes en porte-à-faux ; de plus, chez un nouvel employeur, l'assuré devra également être apte comme aide de cuisine à porter des charges de façon répétée.

Par contre, dans une activité adaptée, l'exigibilité est complète sur le plan ostéoarticulaire depuis le 13.10.2014, ceci en s'appuyant sur le descriptif du bilan réalisé à l'atelier K._____ (l'assuré est capable d'effectuer des travaux de conditionnement et de montage mécanique simple en position assise à l'établi, il doit alterner les positions pour gérer ses douleurs, le rythme de travail est relativement bon). »

Le Dr U._____ concluait ainsi à une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit s'agissant du rachis lombaire, « pas de mouvements répétés de flexion/extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, pas de position statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure », la capacité de travail était de 50 % depuis le 28 octobre 2013. A partir du 13 octobre 2014, elle était entière. Cependant, le Dr U._____ estimait que compte tenu de l'état général de l'assuré et de la problématique neurologique qu'il proposait d'investiguer, l'exigibilité dans une activité adaptée n'était vraisemblablement pas supérieure à 50 %. Ce médecin précisait que son appréciation de la capacité de travail exigible s'appuyait uniquement sur la problématique ostéo-articulaire et proposait de demander un avis complémentaire au gastroentérologue et au DrH._____.

Dans un rapport du 13 janvier 2015, le Dr S._____ a considéré que la capacité résiduelle de travail de son patient était de 50 % en respectant ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 15 avril 2015, le Dr H._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies résiduelles, sans déficit radiculaire, dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 10 juin 2013, de déconditionnement physique avec perte pondérale, inappétence, fatigue dans les suites d'une hémorragie digestive haute opérée en mai 2013, de très probable atteinte neuropsychologique, soit congénitale, soit dans les suites de l'accident de la circulation subi à l'âge de quatre ou cinq ans. Pour le Dr H._____, la capacité de travail dans l'activité habituelle comme aide cuisinier était nulle depuis la fin du mois de novembre 2011. Dans une activité adaptée, elle était de 100 % à partir de l'automne 2014, avec ménagement à l'égard des charges à soulever et à porter. Le Dr H._____ déclarait également se poser la question de savoir s'il existait des séquelles dans les suites de l'accident survenu à l'âge de quatre ou cinq ans, et ceci tant au niveau cérébral que cervical. Il suggérait dans ce contexte de réaliser une IRM ainsi qu'un bilan neuropsychologique.

Des rapports d'analyses réalisées entre le 19 avril 2013 et le 18 décembre 2014 par les laboratoires [...] ont été produits au dossier de l'OAI le 27 avril 2015.

Un examen neuropsychologique a été réalisé le 10 juin 2015 au M._____ à [...]. Dans un rapport du 21 juillet 2015, E._____, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, a indiqué ce qui suit, dans la partie « conclusion » :

« Le bilan neuropsychologique réalisé chez ce patient de bientôt 56 ans, collaborant, à l'attitude un peu infantile, adéquat, légèrement ralenti et peu fatigable, orienté et globalement nosognosique, met en évidence au premier plan :

- Un déficit en attention sélective et soutenue, soutenue et divisée, marqué notamment par un ralentissement, associé à des difficultés en mémoire immédiate et de travail, dès la composante de charge mentale ;
- Un léger fléchissement exécutif, en incitation non verbale et en flexibilité mentale ;

Des performances déficitaires en mémoire épisodique verbale, épargnant l'encodage et paraissant en relation avec l'atteinte attentionnelle ;

Des difficultés en calcul dépassant la mémoire de travail et paraissant s'inscrire dans le contexte de faibles acquis scolaires.

Par ailleurs, le langage, les habiletés practo-gnosiques, la mémoire épisodique non verbale, les autres fonctions exécutives (programmation et inhibition), se situent globalement dans les normes.

On ne relève pas de franc signe de latéralisation, ni d'atteinte mnésique ou exécutive majeure faisant suspecter au premier plan une origine post-traumatique pure. Les difficultés observées, principalement de nature attentionnelle et stables dans le temps, pourraient s'inscrire dans le cadre d'une fragilité développementale (TDA-H ? associée à des troubles des apprentissages ? on rappelle que le patient a été placé en internat puis en école spécialisée, car avait des problèmes d'apprentissage et ne tenait pas en place, selon ses dires), sans écarter une contribution post-TCC surajoutée.

Le ralentissement pénalise nettement ce patient lorsqu'il effectue des tâches impliquant du rendement. La faible mémoire de travail et les difficultés en attention divisée sont susceptibles d'avoir un impact dans la réalisation de 2 tâches simultanées, ainsi qu'en présence de distracteurs (stimulation sonore en particulier). En revanche, il s'agit d'un patient collaborant, pouvant effectuer le travail proposé sans trop d'erreurs, surtout si routinier, dans un environnement peu bruyant et encadrant, dans la mesure où des consignes claires lui sont imparties.

Bien que ce patient ait pu travailler pendant de nombreuses années, l'analyse de son parcours scolaire et professionnel, ainsi que dans la gestion du quotidien, pourrait faire suspecter un fonctionnement intellectuel limite. Dans ce cadre, je me tiens à disposition pour une évaluation de l'efficacité intellectuelle (QI) pouvant mettre en évidence les points forts et les points faibles de ce fonctionnement. »

Un bilan d'efficacité intellectuelle a été réalisé par le M. _____ le 11 août 2015. Il ressort notamment du rapport relatif à cet examen que l'assuré a effectué sa scolarité en milieu spécialisé jusqu'à seize ans, qu'il a vécu quelques années en internat en raison de difficultés de comportement et qu'il n'a pas obtenu de certificat de fin d'études. Par la suite, il a interrompu son apprentissage d'aide cuisinier en raison notamment de problèmes pour suivre les cours théoriques. Célibataire et sans enfant, il vivait avec sa mère, qui se chargeait depuis toujours des tâches quotidiennes, hormis les aspects administratifs qui étaient gérés par l'assuré, aidé par une amie si besoin. Il s'avérait en outre que l'assuré

présentait un fonctionnement intellectuel qualifié globalement de limite à moyen faible. Ces résultats évoquaient un fonctionnement fragile, cohérent avec le parcours scolaire et professionnel de l'assuré, ainsi qu'avec les résultats du bilan neuropsychologique. Le QIT [quotient intellectuel total] était de 81, qualifié de moyen faible.

Une IRM de la colonne lombaire et sacrée réalisée le 1^{er} octobre 2015 a révélé une arthrose postérieure L4-L5 modérée prédominant à gauche avec une petite composante inflammatoire, associée à une légère voussure discale latérale gauche à ce niveau mais sans hernie significative. La voussure discale était déjà visible de manière inchangée en 2013.

Dans un rapport du 13 octobre 2015, le Dr S. _____ a indiqué que son patient avait présenté, à partir du début du mois de septembre 2015, une récurrence hyperalgique lombaire basse avec sciatalgie limitative et modérément déficitaire à gauche sur le territoire L5. Le Dr S. _____ expliquait qu'en additionnant la fragilité structurelle de l'intéressé au niveau L4-L5 et les limitations physiques et intellectuelles alliées à l'âge de l'intéressé, la situation était ingérable et impossible. Il était d'avis qu'il était dans l'intérêt de ce patient de prendre une autre décision, « c'est-à-dire une rente à 100 % ».

Dans un avis médical du 4 novembre 2015, le Dr P. _____ a considéré que les dernières pièces produites n'apportaient aucun élément nouveau et que l'assuré présentait bel et bien une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à laquelle il fallait déduire 10 % en raison d'une baisse de rendement lié à son état neuropsychologique.

Par projet de décision du 30 mai 2016, l'OAI a considéré que l'assuré avait droit à un quart de rente du 1^{er} avril 2013 au 30 juin 2013, basé sur un degré d'invalidité de 40 %, puis à une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 31 janvier 2015, basé sur un degré d'invalidité de 100 %, et enfin à un quart de rente, dès le 1^{er} février 2015, sur la base d'un degré

d'invalidité de 44 %. Dans le cadre de son appréciation, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité, se fondant, pour le revenu avec invalidité, sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Il était précisé que la prestation serait réduite pour la période durant laquelle l'assuré avait perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité, soit du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2014.

Par courrier du 23 juin 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de Procap, a contesté ce projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à un complément d'instruction. En substance, il considérait que l'instruction médicale n'était pas exhaustive. Il soutenait également que les conditions nécessaires relevées lors du bilan neuropsychologique pour mettre en valeur sa capacité de travail étaient celles existant dans un environnement professionnel protégé et non dans un environnement du marché primaire de l'économie. Il estimait en outre très peu probable qu'il parvienne à se réadapter seul, soit à entreprendre des recherches d'emploi, au vu de ses limites cognitives et en terme d'autonomie. L'assuré soutenait que l'exigibilité de la capacité de travail se fondait sur une appréciation erronée des faits et une instruction lacunaire, puisque l'OAI s'appuyait partiellement sur les rapports de K._____ pour extrapoler la capacité de travail et qu'il écartait les conditions de l'exercice d'une activité professionnelle mentionnées lors de l'examen neuropsychologique. Il produisait enfin divers pièces, dont les suivantes :

- un rapport du 13 juillet 2015 adressé au Dr S._____ par les Drs O._____, médecin praticien, et L._____, spécialiste en médecine interne générale et en pharmacologie et toxicologie cliniques, dans lequel ces derniers ont posé les diagnostics de troubles de l'attention et ralentissement, de probable fragilité développementale et de suspicion de syndrome de stress post-traumatique. Il était également relevé dans ce document une consommation d'alcool à risque, soit une à deux unités par

jour, probablement pas tous les jours, et un status post-alcoolisations massives dans la jeunesse. Les Drs O. _____ et L. _____ écrivaient en outre ce qui suit :

« Ce patient présente un faible niveau de scolarité et des difficultés d'apprentissage de tout temps avec placement en internat puis école spécialisée. Les difficultés objectivées à l'examen neuropsychologique sont de nature principalement attentionnelles et stables dans le temps, avec un ralentissement pénalisant le patient face à des tâches nécessitant du rendement. Elles peuvent être explicables par une fragilité développementale seule, à laquelle pourrait s'ajouter une composante post traumatisme crânio-cérébral.

En pratique, ce patient collaborant et désireux de retrouver une activité professionnelle est jugé capable d'effectuer un travail routinier à condition que cela soit dans un environnement peu bruyant et peu distrayant, dans un cadre et avec des consignes claires. L'examen sera encore complété par une mesure du quotient intellectuel pour laquelle M. a RV à notre centre le 11.08.15 avec Mme E. _____, neuropsychologue. Les résultats vous seront adressés.

Par ailleurs, les symptômes décrits fin avril 2015 sont compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique suite à l'hémorragie digestive de 2013, assimilable à une *near death experience*. Une évaluation psychiatrique est recommandée pour confirmer ou infirmer ce diagnostic et mettre en place une prise en charge adaptée. Cette proposition a été transmise au patient qui n'est pas opposé mais souhaite en reparler avec vous. Si besoin notre psychiatre le Dr [...] est à disposition pour recevoir le patient.

Enfin, dans le cadre des troubles du sommeil et des difficultés thymiques et cognitives objectivées, nous avons conseillé à M. de faire une fenêtre avec sa consommation d'alcool afin de déterminer si l'abstinence d'alcool a une influence positive sur les symptômes.

[...] » ;

- un rapport du 29 avril 2016 des [...] mentionnant la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche le 12 avril 2016, réalisée par le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;
- un rapport du 14 juin 2016 du Dr S. _____, dans lequel ce dernier indiquait que son patient n'avait pas pu retrouver sa masse musculaire, et donc son endurance. L'aggravation des douleurs engendrée par les efforts de l'assuré n'avait

pas répondu aux divers traitements suivis. Pour le Dr S._____, la capacité de travail réelle ne dépassait pas les 25 %, voire se montait très éventuellement à 30 %. Compte tenu de l'abattement de 50 % en raison du profil neuropsychologique, le rendement était de 15 %. Dans un cadre protégé, le Dr S._____ considérait que la capacité de travail était de 24 à 27 % dans le meilleur des cas.

Dans un avis médical du 26 juillet 2016, le Dr P._____ a considéré que le courrier de Procap n'apportait aucun élément nouveau sur le plan médical, mais qu'il s'agissait simplement d'une interprétation non médicale des éléments médicaux et du marché du travail. Il était en outre d'avis que le rapport du Dr S._____ était dépourvu d'objectivité, ce médecin s'appliquant selon lui à ne pas révéler des éléments médicaux importants comme la consommation d'alcool, ayant selon la Dresse L._____ des effets sur la capacité de travail, cette dernière ne pouvant qu'être impactée positivement par une abstinence et étant donc exigible.

Par courrier du 29 juillet 2016, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'à la suite de l'opération de la hanche gauche, il avait effectivement eu un arrêt de travail de huit semaines à partir de cette intervention et que celle-ci avait permis de le libérer de ses douleurs au niveau de la hanche. Son incapacité n'était donc pas durable et invalidante, et les limitations fonctionnelles y relatives avaient déjà été prises en compte dans le projet de décision. L'OAI soutenait que les nouveaux éléments invoqués par l'assuré ne lui permettaient pas de modifier ses conclusions et confirmait ainsi son projet de décision.

Par décision du 26 octobre 2016, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente du 1^{er} avril 2013 au 30 juin 2013, une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 30 avril 2014 et du 1^{er} janvier 2015 au 31 janvier 2015, puis un quart de rente dès le 1^{er} février 2015. Les motifs de cette décision étaient ceux évoqués dans le projet de décision du 30 mai 2016.

C. Par acte du 28 novembre 2016, Z._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 26 octobre 2016, concluant à l'annulation de la décision rendue par l'OAI et au renvoi de la cause à ce dernier pour instruction complémentaire. En substance, le recourant conteste l'appréciation médicale faite par le SMR. Il lui reproche en particulier de s'être prononcé de manière succincte et totalement dénuée de motivation, et en tenant compte de faits ne ressortant pas du dossier. Il précise que rien n'indique dans le rapport des Drs O._____ et L._____ que sa consommation d'alcool aurait une quelconque influence sur sa capacité de travail. Le recourant estime ainsi que l'instruction médicale doit être complétée et qu'il y a lieu d'effectuer une évaluation psychiatrique.

Dans sa réponse du 5 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, se fondant sur l'avis médical du SMR du 26 juillet 2016.

Dans sa réplique du 27 janvier 2017, le recourant a confirmé ses conclusions.

D. Par décision du 29 novembre 2016, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant d'avances et des frais judiciaires.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des

offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al.1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, ce dernier considérant que l'instruction médicale diligentée par l'OAI pour fonder sa décision est lacunaire et qu'elle doit être complétée.

3. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201] ; Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et réf. cit. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si

cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en

relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits

pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

7. a) En l'espèce, l'OAI considère que le recourant a droit à un quart de rente du 1^{er} avril 2013 au 30 juin 2013, basé sur un degré d'invalidité de 40 %, puis à une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2013 en raison d'un taux d'invalidité de 100 %. Dès le 13 octobre 2014, l'OAI estime que la capacité de travail du recourant s'est améliorée et qu'elle a atteint 50 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI est ainsi d'avis que le recourant a droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 44 %, dès le 1^{er} février 2015, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

Sur le plan somatique, l'appréciation de l'OAI s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant se fonde en particulier sur l'avis circonstancié et convaincant du Dr U.____ (cf. son rapport du 12 janvier 2015). Elle correspond également, dans les grandes lignes, à celle du Dr H.____, celui-ci estimant toutefois que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est totale à partir de l'automne 2014 (cf. notamment son rapport du 15 avril 2015). L'appréciation de l'OAI sur ce point n'est ainsi pas critiquable. On précisera que l'on ne saurait se rallier aux conclusions du médecin traitant du recourant, le Dr S.____, selon lesquelles son patient aurait droit à une rente entière (cf. ses rapports du 13 octobre 2015 et 14 juin 2016). En effet, d'une part, ce médecin n'explique pas réellement pour quelle raison l'appréciation de la

capacité de travail faite par les Drs U._____ et H._____ ne pourrait être suivie. D'autre part, il invoque des éléments, tels que la bonne volonté de son patient, qui ne sont pas déterminants pour évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il s'agit de rappeler à cet égard que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). On examine dans ce contexte les possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré, cette notion étant théorique et abstraite. Le Dr S._____ se réfère enfin aux capacités intellectuelles limitées de son patient. Cette problématique, qui ressort de l'analyse de la capacité résiduelle de travail sur le plan psychique, sera examinée sous la lettre b) ci-dessous.

En l'état, l'appréciation de l'intimé sur le plan somatique ne prête ainsi pas le flanc à la critique, celle-ci n'étant au demeurant pas contestée par le recourant.

b) Sur le plan psychique, l'instruction menée par l'OAI est en revanche lacunaire. En effet, l'examen neuropsychologique met en lumière un déficit en attention, un léger fléchissement exécutif, des performances mnésiques déficitaires et des difficultés en calcul. Pour E._____, ces difficultés de nature attentionnelle pourraient s'inscrire dans le cadre d'une fragilité développementale, sans que l'on puisse écarter une contribution post-traumatisme crânio-cérébral (cf. également en ce sens le rapport du 13 juillet 2015 des Drs O._____ et L._____). Elle précise que le ralentissement dont souffre le recourant le pénalise nettement lorsqu'il effectue des tâches impliquant du rendement et que sa faible mémoire de travail et les difficultés en attention sont susceptibles d'avoir un impact dans la réalisation de deux tâches simultanées ainsi qu'en présence de distracteurs, tels qu'une stimulation sonore en particulier (cf. rapport du 21 juillet 2015). Les résultats du bilan d'efficacité intellectuelle, qui indiquent un fonctionnement intellectuel

globalement limite à moyen faible, évoquent un fonctionnement fragile, cohérent avec les résultats du bilan neuropsychologique ainsi qu'avec le parcours scolaire et professionnel de l'intéressé (cf. rapport produit au dossier de l'OAI le 31 août 2015). A cet égard, il ressort du dossier que le recourant a suivi une scolarité spécialisée, qu'il possède un faible niveau scolaire et qu'il n'a jamais terminé de formation professionnelle (cf. rapport du 17 décembre 2014 du Dr U._____; rapport du bilan de l'efficacité intellectuelle mentionné ci-dessus). Ces observations s'inscrivent également dans l'appréciation faite par les Drs O._____ et L._____, qui posent les diagnostics de troubles de l'attention et ralentissement, de probable fragilité développementale et de suspicion de syndrome de stress post-traumatique survenu à la suite de l'hémorragie digestive de 2013, assimilable à une « near death experience » [expérience de mort imminente]. Dans leur rapport du 13 juillet 2015, ces médecins préconisent dès lors la mise en place d'une évaluation psychiatrique pour confirmer ou infirmer ce diagnostic, ainsi qu'une prise en charge adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater qu'il existe des indices tendant à démontrer que l'état psychique de Z._____ pourrait influencer sur sa capacité de travail. Or cette question n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'OAI, et ce malgré l'avis des Drs O._____ et L._____, qui recommandaient une évaluation psychiatrique. En l'état, on ignore par conséquent si le recourant présente une atteinte psychique invalidante, et cas échéant, quelle est son influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Cette question n'ayant pas été investiguée plus avant dans le cadre des examens auprès du M._____, on ne sait pas sur quelles bases le SMR a évalué à 10 % la baisse de rendement consécutive à l'atteinte neuropsychologique (cf. avis médical du 4 novembre 2015 du Dr P._____).

S'agissant de la consommation d'alcool du recourant, au sujet de laquelle le SMR considère qu'une abstinence est exigible et qu'elle pourrait impacter positivement la capacité de travail, il convient d'observer ce qui suit. Certes, il est exact que dans leur rapport du 13

juillet 2015, les Drs O._____ et L._____ relèvent un status post-alcoolisations massives dans la jeunesse et une consommation d'alcool à risque, soit une à deux unités par jour. Ces médecins précisent toutefois que dite consommation n'a probablement pas lieu tous les jours. En outre, les analyses réalisées par les laboratoires [...] le 19 avril 2013 et le 6 août 2013 révèlent un taux de Gamma GT de 12 UI/L, respectivement de 11 UI/L. Or le taux sanguin de cet enzyme, la Gamma GT, dont la valeur normale est inférieure à 40 UI/L, augmente généralement au cours de l'alcoolisme chronique, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce (cf. Garnier/Delamare, Dictionnaire illustré des termes de médecine, Paris 2006, p. 345). Par ailleurs, les rapports de K._____ ne font aucune mention d'une quelconque imprégnation alcoolique ou de suspicion de consommation d'alcool, alors que le recourant a été suivi par cette structure de mai à décembre 2014. Quant au Dr U._____, même si ce n'était pas le but premier de son examen clinique, on peut présumer que s'il avait observé des signes de consommation à risque d'alcool, il les aurait relevés. Enfin, si la Dresse L._____ conseille une abstinence en vue de déterminer une éventuelle influence positive sur les symptômes que sont les troubles du sommeil, les difficultés cognitives et thymiques, elle ne fait pas état d'examens cliniques ou de laboratoire confirmant une consommation pathologique d'alcool influant sur la capacité de travail. Les résultats des examens de laboratoire qu'elle a requis ne sont au demeurant pas connus.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire sur le plan psychique et neuropsychologique, ne permettant pas d'apprécier la capacité de travail du recourant.

Le recours est par conséquent bien fondé.

8. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet

sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où les volets psychique et neuropsychologique du cas n'ont pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera donc admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, cas échéant avec une nouvelle évaluation neuropsychologique permettant d'apprécier la diminution de rendement.

9. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

A noter que l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité à l'exonération des avances de frais et des frais judiciaires sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 26 octobre 2016 est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cent 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 Z._____ la somme 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour Z._____),
- 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 :