

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 octobre 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1987, licencié de [...] en 2012, a travaillé en tant que designer industriel et de produits du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 15 décembre 2013, date du début de son incapacité de travail.

Le 14 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une sclérose en plaque diagnostiquée en 2009, d'une névrite optique et d'une hernie discale depuis janvier 2014.

Dans un rapport du 11 septembre 2015 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecine interne générale, et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de sclérose en plaque existant depuis 2009, impliquant des troubles de la marche, des troubles visuels et une fatigabilité. Il a précisé que la situation se compliquait en raison d'une lombosciatalgie gauche imputable à une hernie discale L4-L5. L'incapacité de travail pouvait être considérée comme totale ou d'au moins 75 % depuis fin 2013. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a également relevé que la situation était évolutive sur le plan neurologique, dans le sens d'une aggravation, de sorte qu'il était difficile de « fomentier » une réadaptation professionnelle.

Dans un rapport médical du 11 janvier 2016, la Dre H. \_\_\_\_\_ du Service de neurologie du P. \_\_\_\_\_ (P. \_\_\_\_\_) a indiqué que l'assuré présentait une sclérose en plaque sous forme de poussée-rémission et une hernie discale L5-S1, laquelle était en cours de prise en charge.

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a mentionné, dans un rapport du 10 juin 2016, que l'assuré souffrait d'une importante diminution de la capacité de mobilisation et de coordination ainsi que d'importantes limitations.

Dans son avis médical du 27 juin 2016, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a recommandé de réaliser une expertise neurologique auprès du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ce dont l'assuré a été informé par communication du 28 juin 2016.

L'assuré a fourni une liste de questions à poser à l'expert par courrier du 13 juillet 2016.

Dans un rapport médical du 10 août 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé comme diagnostics une sclérose en plaque évoluant depuis 2009 en poussées-rémission, sous traitement immunomodulateur de Gilenya depuis janvier 2015, une petite hernie discale L4-L5 paramédiane gauche, des troubles nutritionnels et un état anxiodépressif probablement réactionnel. Il a estimé qu'une prise en charge globale du patient était absolument nécessaire du fait qu'il montrait, à côté de sa maladie neurologique, des signes d'un état anxiodépressif avec un retrait social, une diminution de ses activités fonctionnelles ainsi que des problèmes nutritionnels avec une perte pondérale. Il se sentait incapable de rester plusieurs heures en position assise et de faire en sécurité les déplacements nécessaires à sa place de travail, il ne pouvait plus porter de charges lourdes, ses douleurs nécessitaient qu'il se couche régulièrement et il avait l'impression de ne plus pouvoir se concentrer lors d'un travail à l'ordinateur. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale et que son rendement dans une future activité adaptée serait réduit.

Le 21 novembre 2016, l'assuré s'est opposé à l'expertise prévue avec le Dr N.\_\_\_\_\_, demandant sa récusation et précisant que cette mesure d'instruction n'apparaissait pas nécessaire, l'instruction médicale étant complète.

Par décision incidente du 2 décembre 2016, l'OAI a ordonné une expertise neurologique et confirmé que le mandat d'expertise serait confié au Dr N.\_\_\_\_\_.

Le recours déposé par l'assuré contre cette décision incidente le 16 janvier 2017 a été rejeté par arrêt de la Cour de céans du 12 mai 2017 (CASSO AI 11/17 - 141/2017).

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 18 juillet 2017 et a rendu son rapport d'expertise le 21 juillet 2017. Il a retenu le diagnostic de sclérose en plaques avec deux poussées, en 2009 et 2013, avec séquelles sous forme de parésie spastique et de troubles dysexécutifs modérés avec syndrome de fatigue. Il a conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de designer de produits, et à la présence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité plus simple, sans nécessité de déplacement ou de port de charge de plus de 5 kg, et groupée sur la matinée pour éviter les conséquences du syndrome de fatigue. Il a par ailleurs constaté un état dépressif secondaire sous-jacent, pour lequel il a estimé qu'un soutien psychothérapeutique, voire un traitement antidépresseur, pourraient être bénéfiques. Il n'a en revanche pas observé de trouble particulier de la personnalité durant l'entretien.

Par courrier adressé à l'OAI le 2 septembre 2017, l'assuré a émis des critiques relatives à l'expertise.

Dans ses rapports du 6 septembre 2017, le spécialiste en réinsertion professionnelle en charge de l'assuré a considéré que ce dernier bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, au vu des limitations fonctionnelles retenues par l'expert.

Par projet de décision du 7 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'elle entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2016.

L'assuré a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 20 octobre 2017. Il a contesté pouvoir travailler à 50 % dans son activité habituelle ainsi que la comparaison des revenus effectuée par l'OAI.

Il a produit un rapport médical du 20 octobre 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a relevé, en plus des limitations fonctionnelles retenues par l'expert, la présence de troubles sphinctériens, pouvant nécessiter une action rapide lors de certaines situations, ainsi que des troubles visuels et oculomoteurs avec des oscillopsies, constituant un handicap pour la lecture, notamment sur un écran d'ordinateur lors de périodes prolongées. Il a considéré que l'ensemble des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré étaient susceptibles d'influencer négativement une activité à 50 % dans le métier de designer, qui nécessitait une activité multiple, notamment l'élaboration de projets avec travail sur ordinateur, contact avec la clientèle, mais également du bricolage lors de l'élaboration de maquettes en 3D. La confrontation à un tel travail risquait d'aboutir à un échec. Il fallait à son avis tabler tout au plus sur une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité de designer, avec une diminution du rendement de 20-30 %, ou alors opter pour une activité adaptée telle que des tâches administratives plus simples.

Dans son avis du 31 octobre 2017, le SMR a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle du fait essentiellement de l'atteinte neuropsychologique, et qu'une capacité de travail de 50 % existait dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles fixées par l'expert.

Le 14 novembre 2017, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un nouveau projet de décision, lui octroyant un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2016.

Par courrier du 14 décembre 2017, l'assuré a contesté le calcul du revenu avec invalidité opéré par l'OAI, estimant notamment que le salaire médian de la branche des activités de services administratifs était mieux représentatif du type d'activités adaptées à son atteinte à la santé.

Par lettre du 16 janvier 2018, l'OAI a considéré que l'exercice d'une activité à taux partiel et l'abattement de 10 % appliqué sur le revenu d'invalidité permettaient de tenir compte du handicap de l'assuré et qu'une activité à temps partiel dans le domaine de la production était théoriquement possible sur un marché du travail équilibré. Il a précisé que le travail administratif non qualifié était compris parmi les activités adaptées prises en compte, mais qu'on ne pouvait pas retenir exclusivement le domaine administratif car celui-ci impliquait un travail à l'ordinateur prolongé, lequel était contre-indiqué par le neurologue. L'OAI a ainsi retenu un revenu avec invalidité de 29'903 fr. 90 qui, comparé au revenu sans invalidité fixé à 85'193 fr., conduisait à un taux d'invalidité de 65 %.

Par décision du 24 janvier 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2018, annonçant que la décision pour la période du 1<sup>er</sup> février 2016 au 31 janvier 2018 lui parviendrait ultérieurement.

Par décision du 9 février 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2016 au 31 janvier 2018.

**B.** Par acte de sa mandataire du 23 février 2018, l.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision rendue par l'OAI le 24 janvier 2018, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est versée dès le 1<sup>er</sup> février 2016, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et à la transmission du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouveau « jugement » dans le sens des considérants, requérant la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur la problématique psychique ou d'une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment un volet psychiatrique. Il s'est prévalu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr Q.\_\_\_\_\_, reprochant au Dr N.\_\_\_\_\_ de ne pas les avoir toutes prises en compte et à l'OAI de n'avoir effectué aucune évaluation de ses problèmes psychiques. Il a soutenu qu'un abattement de 25 % ou une diminution de rendement de 25 % devaient être pris en compte pour calculer son revenu

d'invalidé. Il a finalement fait valoir que la rente devait lui être versée dès le 1<sup>er</sup> février 2016 et non le 1<sup>er</sup> février 2018 comme indiqué à tort dans la décision attaquée, aucune raison ne justifiant de réserver une autre décision pour la période du 1<sup>er</sup> février 2016 au 1<sup>er</sup> février 2018.

Dans sa réponse du 30 avril 2018, l'OAI a maintenu sa position, relevant que l'assuré avait été informé qu'une décision lui parviendrait ultérieurement pour la période du 1<sup>er</sup> février 2016 au 31 janvier 2018. Il a produit un nouvel avis émis par le SMR le 22 avril 2018, dans lequel ce service a précisé que les pièces au dossier ne rendaient pas vraisemblable une atteinte incapacitante au niveau psychique, qu'un état anxio-dépressif réactionnel était transitoire et aucunement incapacitant et que le Dr N.\_\_\_\_\_ ne conseillait pas de réaliser une expertise psychiatrique.

Par réplique du 21 juin 2018, le recourant a relevé que le médecin du SMR n'était pas spécialiste en psychiatrie et a souligné que le Dr N.\_\_\_\_\_ avait fait état d'une problématique dépressive, ce qui justifiait un complément d'instruction sur ce point.

Dans ses déterminations du 9 juillet 2018, l'OAI a fait valoir que les médecins du SMR étaient aptes à porter un jugement sur la pertinence de renseignements médicaux même s'ils sortaient de leur cadre de compétence.

Le 20 juillet 2018, le recourant a produit un rapport médical établi le 19 juillet 2018 par la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) dans le cadre d'une maladie neurologique invalidante, qui remonte vraisemblablement déjà à fin 2013, date de la deuxième poussée de sclérose en plaque. Un traitement antidépresseur avait été introduit quelques semaines auparavant. Cet épisode dépressif avait des répercussions indéniables sur la capacité de travail de l'assuré (difficulté de mémorisation, fatigabilité, trouble de la concentration, diminution de rendement) qui, conjuguées aux

répercussions de l'atteinte physique, conduisaient selon la psychiatre à une capacité de travail nulle.

L'OAI a maintenu sa position par courrier du 30 août 2018.

### **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. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, en particulier sur l'étendue de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Le recours a été déposé contre la décision rendue par l'OAI le 24 janvier 2018, lui octroyant un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2018 et annonçant qu'une décision serait rendue ultérieurement sur la période du 1<sup>er</sup> février 2016 au 31 janvier 2018. Une telle décision a en effet été établie le 9 février 2018 par l'OAI, décision dont la mandataire du recourant ne semble pas avoir eu connaissance au vu de ses déterminations des 21 juin et 20 juillet 2018. Dans la mesure où le recourant sollicite l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> février 2016 et qu'il fait référence aux différentes décisions rendues à ce sujet par l'OAI, il y a lieu de considérer que le recours déposé le 23 février 2018 porte tant sur la décision du 24 janvier 2018 que celle du 9 février 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.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**c)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

**4. a)** La décision de l'OAI se fonde sur les conclusions de l'expertise neurologique effectuée par le Dr N.\_\_\_\_\_, qui a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais a retenu l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, à savoir dans une activité simple, sans nécessité de déplacement ni port de charge de plus de 5 kg et groupée sur la matinée pour éviter les conséquences du syndrome de fatigue. L'expert a défini cette capacité de travail après avoir procédé à un examen clinique neurologique, un examen neuropsychologique ainsi qu'un bilan d'ergothérapie. Il a pris connaissance de l'anamnèse du recourant, de ses plaintes et de son dossier médical, y compris du rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ dont celui-ci se prévaut. Ses conclusions sont motivées, circonstanciées et dénuées de contradictions. Son rapport d'expertise doit par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'appréciation du Dr N.\_\_\_\_\_ rejoint par ailleurs celle du Dr S.\_\_\_\_\_. Celui-ci a en effet considéré que l'activité habituelle était exigible à 50 %, mais qu'il fallait prévoir une diminution de rendement de 20 à 30 % ou alors opter pour une activité adaptée telle que des tâches administratives simples.

Le recourant fait valoir que la totalité de ses limitations fonctionnelles n'ont pas été prises en compte et se prévaut notamment du rapport médical du Q.\_\_\_\_\_. Ce dernier considère que le recourant est en totale incapacité de travailler dans l'activité habituelle. Il ne se prononce pas clairement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, mais admet qu'une telle capacité pourra exister après la rééducation et précise que dans un futur travail adapté, le rendement du recourant sera réduit. Au niveau des limitations fonctionnelles, il mentionne que le recourant se sent incapable de rester plusieurs heures en position assise, de faire des déplacements, de porter des charges, que

ses douleurs l'obligent à se coucher régulièrement et qu'il souffre de problèmes de concentration au travail à l'ordinateur. Ces limitations fonctionnelles ont pour la plupart été prises en compte par le Dr N.\_\_\_\_\_ et l'OAI. Certes, dans la feuille annexée à son rapport concernant les limitations fonctionnelles, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a noté qu'aucun des travaux mentionnés ne pouvait encore être exigé. Cela n'apparaît toutefois pas cohérent puisqu'il évoque lui-même la possibilité d'un futur travail adapté et précise que des mesures de réadaptation professionnelle pourront être tentées après une neuro-rééducation spécialisée. Son appréciation ne permet dès lors pas de remettre en cause les conclusions détaillées et motivées de l'expertise.

On peut par ailleurs relever que dans sa prise de position du 20 octobre 2017, le recourant n'a pas contesté disposer d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que définie par le Dr N.\_\_\_\_\_. Le SMR a également fait siennes les conclusions de l'expert, dans son avis du 31 octobre 2017.

**b)** Le recourant reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir investigué les atteintes psychiques qu'il présente et de ne pas les avoir prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail.

Dans son rapport du 10 août 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a évoqué la présence d'un état anxio-dépressif probablement réactionnel. Il estimait qu'une prise en charge plus globale s'avérait nécessaire, du fait que le recourant montrait, à côté de sa maladie neurologique, des signes d'un état anxio-dépressif avec un retrait social, une diminution de ses activités fonctionnelles ainsi que des problèmes nutritionnels avec perte pondérale.

En juillet 2017, au moment de l'expertise neurologique, aucune prise en charge psychothérapeutique n'avait été initiée. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a également constaté un certain état dépressif, mais n'a pas observé de trouble particulier de la personnalité durant l'entretien (expertise p. 10). Il a mentionné qu'un soutien psychothérapeutique, voire un traitement antidépresseur, pouvaient être bénéfiques au recourant.

Un tel suivi a finalement été débuté auprès de la Dre D.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 19 juillet 2018, celle-ci conclut à l'existence d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Elle estime que cet épisode remonte vraisemblablement déjà à fin 2013, date de la deuxième poussée de sclérose en plaque, et que son intensité s'est aggravée avec le temps, étant d'abord léger, puis moyen depuis probablement 2016.

Il faut certes constater que l'OAI n'a procédé à aucune investigation sur le plan psychique, le SMR considérant dans son avis du 22 avril 2018 qu'un état anxio-dépressif réactionnel tel que décrit par le Dr Q.\_\_\_\_\_ était transitoire et non incapacitant et que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'émettait pas de doute sur la qualité non incapacitante d'une éventuelle atteinte, ni ne recommandait de faire réaliser une expertise. On peut en outre relever que la demande de prestations AI ne faisait pas état d'un éventuel problème psychique, que le Dr G.\_\_\_\_\_ n'en mentionnait pas non plus et que le suivi psychothérapeutique ne semble pas avoir commencé avant les décisions rendues par l'OAI. Il se trouve toutefois que la Dre D.\_\_\_\_\_ pose désormais explicitement le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique. Cela étant, un renvoi de la cause pour instruction complémentaire sur le plan psychique n'apparaît toutefois pas nécessaire en l'occurrence, au vu de l'ensemble des circonstances.

Il faut en effet constater que dans son rapport du 19 juillet 2018, la Dre D.\_\_\_\_\_ expose que l'état dépressif moyen dont souffre le recourant implique des répercussions sur sa capacité de travail sous forme de difficultés de mémorisation, de fatigabilité, de troubles de la concentration et d'une diminution du rendement. Or il se trouve que le Dr N.\_\_\_\_\_ a pris en compte ces différents éléments dans son évaluation de la capacité de travail du recourant. Les limitations fonctionnelles retenues par la Dr D.\_\_\_\_\_ sont en effet les mêmes que celles ressortant de l'examen neuropsychologique du recourant auquel l'expert a procédé. Dans le cadre de cet examen, il a constaté que le patient était légèrement

ralenti et fatigable, précisant qu'il avait d'ailleurs dû abrégé l'évaluation en raison d'une importante fatigue cognitive en fin d'examen (expertise p. 4). Un questionnaire d'auto-évaluation a permis d'objectiver une fatigue tant cognitive que motrice (expertise p. 4 et 5). Les tests effectués ont par ailleurs mis en évidence un dysfonctionnement exécutif se répercutant également sur le fonctionnement mnésique, associé à un ralentissement à plusieurs épreuves sous contrainte temporelle (expertise p. 5). Toutes ces limitations ont par conséquent été prises en compte pour déterminer la capacité de travail du recourant. Le fait qu'elles ont été mises en lien uniquement avec les séquelles de la sclérose en plaques (expertise p. 10) n'est en soi pas déterminant. La psychiatre traitant relève d'ailleurs expressément qu'il est difficile de chiffrer le pourcentage respectif des répercussions d'origine physique ou psychique. Elle estime que si l'on examine le patient dans sa globalité, il apparaît qu'en raison de ses limitations physiques et psychiques, sa capacité de travail dans l'économie est actuellement nulle. Son rapport médical ne fait cependant état d'aucun élément dont le Dr N. \_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte dans son évaluation. Il comporte notamment une description de la situation sociale du recourant, de ses activités quotidiennes et domestiques similaire à celle figurant dans l'expertise (p. 5-6). Il ressort en outre de l'expertise que le Dr N. \_\_\_\_\_ a pris ses conclusions en tenant compte du contexte social et des ressources du recourant.

Au final, les éléments contenus dans le rapport médical de la Dre D. \_\_\_\_\_ ne justifient pas de procéder à une nouvelle appréciation de la capacité de travail du recourant, étant donné l'examen neuropsychologique effectué par le Dr N. \_\_\_\_\_ et les limitations fonctionnelles dont il a tenu compte dans l'expertise, à laquelle une pleine valeur probante a été reconnue.

Il convient par conséquent de retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50 % dans une activité simple, répartie sur les matinées, n'exigeant en outre pas de déplacement ni de port de charge de plus de 5 kg.

Si l'état psychique du recourant devait s'aggraver, celui-ci garde la possibilité de faire valoir une modification de son état de santé dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

**c)** Le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité arrêté par l'OAI, lequel peut être confirmé. Il estime en revanche que l'OAI aurait dû procéder à un abattement de 25 % et non de 10 % sur son revenu d'invalidité ou alors tenir compte d'une diminution de rendement de 25 %. Dans la mesure où l'expertise, à laquelle une pleine valeur probante a été reconnue, a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sans mentionner une quelconque diminution de rendement, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas tenu compte d'un rendement réduit dans son calcul. De même, il s'agit de s'en tenir aux limitations fonctionnelles retenues par l'expertise, soit une activité simple, sans déplacement ni port de charge de plus de 5 kg, à effectuer sur la matinée uniquement. On doit dès lors admettre que les limitations fonctionnelles que présente le recourant n'ont pas d'incidence sur l'exercice d'activités simples, qui restent exigibles de sa part. Un certain nombre d'entre elles ne requièrent pas de déplacement ni de port de charges de plus de 5 kg. Le taux d'abattement de 10 % arrêté par l'OAI permet de tenir compte de manière adéquate de ces limitations fonctionnelles ainsi que du désavantage lié à l'exercice d'un emploi à temps partiel. Il n'y a pas de raison de s'en écarter.

La comparaison des gains effectuée par l'OAI doit dès lors être confirmée. Compte tenu d'un taux d'invalidité de 65 %, c'est à juste titre que l'OAI a mis le recourant au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> février 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

**5.** Pour les mêmes raisons qu'exposées ci-dessus, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant en lien avec sa situation psychique, lesquelles auraient par ailleurs – si elles s'étaient avérées nécessaires – incombé à l'OAI, conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA.

**6. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté et les décisions entreprises confirmées.

**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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud les 24 janvier 2018 et 9 février 2018 sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Amandine Torrent (pour le recourant),
- 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 :