

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 janvier 2024

---

Composition : M. PARRONE, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat, 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.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] 1955, est marié et père de trois enfants adultes. Comptable de formation, il a exercé cette activité au sein de la société Q.\_\_\_\_\_Sàrl, créée en octobre 2007, dont il était l'associé gérant.

A la suite d'une procédure de détection précoce initiée par ses soins en octobre 2014, l'assuré 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 2 décembre 2014. Il précisait être en arrêt de travail complet depuis le 30 juin 2014, en raison d'un lymphome folliculaire de grade 3 découvert consécutivement à un choc sur l'os iliaque du bassin droit.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assuré. La Dre I.\_\_\_\_\_, médecin assistante du Département d'oncologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, a confirmé, le 12 janvier 2015, que l'assuré était atteint d'un lymphome B folliculaire de grade 3A (avec atteinte osseuse, masse paravertébrale D8, adénopathie médiastinale et hilare hépatique). Le diagnostic avait été formellement posé le 10 novembre 2014 et une chimiothérapie entamée le 27 novembre 2014, laquelle était bien tolérée, en dépit d'une asthénie, de mucite, de nausées et de vomissements. L'assuré présentait moins de douleurs thoraciques et fessières. Il était en incapacité totale de travail, en tout cas pour toute la durée du traitement de chimiothérapie.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a pour l'essentiel repris les éléments ci-dessus dans un rapport du 28 janvier 2015. Le 23 octobre 2015, il a fait part d'une évolution favorable sous la chimiothérapie, en dépit de la fatigue engendrée par ce traitement. L'incapacité totale de travail se poursuivait.

Le 11 janvier 2016, le Service de médecine du Centre hospitalier B. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'un traitement de maintenance, débuté en juin 2015, serait poursuivi durant deux ans pour contenir le lymphome folliculaire. L'assuré présentait toutefois un problème orthopédique concomitant, de sorte que sa capacité de travail devrait être évaluée de concert avec l'orthopédiste traitant.

Par courrier du 29 avril 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier B. \_\_\_\_\_, a adressé un tirage de son rapport du 21 décembre 2015. Ce spécialiste faisait état des diagnostics de pied creux droit avec instabilité et métatarsalgies de surcharge des rayons latéraux, ainsi que de kyste osseux de la malléole interne droite. Il avait préconisé une modification du support plantaire de l'assuré durant trois à quatre mois afin de juger de son efficacité.

Sur questions de l'OAI, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin assistant du Service d'hématologie du Centre hospitalier B. \_\_\_\_\_ a signalé, le 6 juillet 2016, que l'assuré présentait une augmentation de la fatigue et du risque infectieux. Il avait néanmoins recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis avril 2016.

Par rapport du 27 juillet 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant, a rappelé le diagnostic de lymphome de type B, pour lequel un traitement et une surveillance étaient en cours jusqu'en avril 2017. Il a signalé que l'assuré avait été victime d'une chute le 28 mai 2016, laquelle avait occasionné une fracture déplacée de la tête radiale du poignet gauche. Il avait été opéré le 19 juillet 2016. L'incapacité de travail était totale en raison de cet accident jusqu'au 31 août 2016 au moins. Au surplus, une capacité de travail réduite à 60 % avec une diminution de rendement de 50 % était envisageable dans l'activité habituelle, en dépit de l'asthénie liée à la chimiothérapie, des troubles de la concentration et de la fatigabilité. Il convenait de réévaluer cette appréciation selon les résultats du contrôle oncologique en avril 2017.

Sollicité par l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relaté avoir pris en charge l'assuré depuis juillet 2016 et diagnostiqué un cal vicieux d'une fracture du radius distal gauche par compression-extension à la suite de l'événement du 28 mai 2016. Il avait prononcé un arrêt de travail complet jusqu'au 30 septembre 2016. Subséquemment, le Dr G.\_\_\_\_\_ a maintenu l'incapacité totale de travail jusqu'au 30 novembre 2016. Le Prof. Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a poursuivi l'incapacité de travail dans la même mesure jusqu'au 13 mars 2017 dans un certificat du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

Par certificat du 27 décembre 2016, le Département d'oncologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale durant le mois de décembre 2016. Un nouveau certificat du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ du 28 février 2017 a fait mention d'une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 25 avril 2017.

Le 27 avril 2017, le Département d'oncologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ a relaté que l'évolution du cancer était favorable avec une rémission complète au dernier contrôle en décembre 2016. L'assuré recevait un traitement de maintenance, tandis qu'un prochain contrôle aurait lieu en juin 2017. Sa capacité de travail était de 50 % depuis avril 2017, en raison de diverses problématiques non hématologiques associées. Dite capacité était de 60 à 70 % sur le plan hémato-oncologique, mais devait être évaluée au regard des autres problèmes avec le médecin traitant. Le Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ indiquait avoir prononcé un arrêt de travail de 100 % jusqu'en mai 2016, suivi d'une reprise à 60 % avant la survenance du problème orthopédique. Ce dernier avait justifié un arrêt total de travail du 30 mai 2016 au 1<sup>er</sup> avril 2017, date à laquelle la reprise d'activité à 50 % était prononcée.

Sur mandat de l'assurance-accidents, U.\_\_\_\_\_SA, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a expertisé l'assuré et communiqué son rapport le 22 mars 2017. Ce spécialiste a retenu une discrète limitation fonctionnelle douloureuse du

poignet gauche, un status après fracture de Pouteau-Colles du poignet gauche le 28 mai 2016 et ostéotomie de correction de la métaphyse distale du radius le 18 juillet 2016, consolidée en position anatomique avec protrusion millimétrique du dôme cubital, non significative, ainsi qu'un status après lymphome folliculaire en chimiothérapie depuis décembre 2014 avec arrêt de travail à 100 %, puis à 40 % à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016. Il relevait que la légère limitation fonctionnelle résiduelle du poignet gauche, à prédominance subjective, restait gênante dans certains efforts. L'usage des deux mains en pronation sur un clavier d'ordinateur et l'usage de la main droite pour écrire ou tenir une souris n'étaient pas limités. Des mouvements de compensation de la main droite semblaient exigibles pour éviter les efforts répétitifs de la main gauche. La reprise d'une pleine capacité de travail comme comptable n'était pas entravée. Les seuls facteurs restreignant la capacité de travail à hauteur de 40 % étaient de nature oncologique.

Le 29 mai 2017, un CT cervico-thoraco-abdominal réalisé au Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ a permis d'exclure toute récurrence de la maladie oncologique.

Le Prof. Z.\_\_\_\_\_ a poursuivi l'arrêt total de travail de l'assuré du 14 mars au 1<sup>er</sup> octobre 2017, respectivement jusqu'au 28 décembre 2017, par certificats des 6 juillet et 28 septembre 2017.

Le Service d'hématologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ a établi des certificats d'arrêt de travail à 50 % du 20 novembre 2017 au 31 mai 2018.

Dans l'intervalle, sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a conclu, le 25 janvier 2018, que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail pour des raisons oncologiques jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2016, date à laquelle une pleine capacité était attestée par le Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_. S'agissant de l'atteinte survenue au poignet, une incapacité de travail pouvait être prise en considération du 28 mai 2016 au 13 mars 2017 (date de l'examen pratiqué par le Dr H.\_\_\_\_\_).

Par projet de décision du 31 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 30 juin 2016 en raison du lymphome folliculaire. L'atteinte du poignet, faisant courir un nouveau délai d'attente, avait entraîné une incapacité de travail inférieure à une année, de sorte qu'aucune prestation ne pouvait être servie de ce fait.

L'assuré, assisté de Me Yero Diagne, a contesté ce projet par correspondance du 29 mars 2018, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2015 sans limite temporelle. Il s'est notamment prévalu des différents certificats médicaux émanant du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ et du Prof. Z.\_\_\_\_\_, lesquels attestaient de différents taux d'incapacité de travail, et relevait n'avoir jamais été en mesure d'exercer son activité habituelle à un taux supérieur à 30 % depuis mai 2016, compte tenu d'une baisse de rendement. Une incapacité de travail totale devait être retenue du 30 juin 2014 au 30 avril 2016 pour raison de maladie, ainsi que du 28 mai 2016 au 28 décembre 2017 pour cause d'accident.

Par complément du 3 mai 2018, l'assuré a fait parvenir des certificats établis par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et cardiologie, lequel avait prononcé une incapacité de travail de 70 % de janvier à avril 2018.

Sur questions de l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 23 mai 2018, que l'assuré avait recouvré des amplitudes quasiment complètes du poignet gauche. Il n'y avait plus de traitement en cours.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a complété un rapport le 11 juin 2018, retenant les diagnostics de crises de tachycardie paroxystique, d'hypertension artérielle avec dysfonction diastolique débutante, de dyspnée et d'asthénie, consécutifs au traitement de chimiothérapie, dans un contexte d'atteinte multifactorielle et de syndrome dépressif réactionnel.

Par courrier du 15 août 2018, le Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré se trouvait toujours en rémission complète de la maladie selon les résultats d'une consultation du 16 mai 2018. La réduction de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles étaient dues à la fatigue chronique et aux troubles de la concentration. L'assuré était capable de travailler à 50 %, sous réserve d'une évaluation psychologique en raison de la suspicion de troubles anxieux ou dépressifs. Subséquemment, dans le cadre du suivi du lymphome folliculaire, le Département d'oncologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ en a confirmé la rémission complète persistante, le 4 février 2019, tout en envisageant un probable trouble anxio-dépressif. Un certificat de travail attestant d'une capacité de travail de 30 % jusqu'à la fin de l'année 2018 avait été établi.

Par avis du 14 août 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne générale, oncologique, orthopédique et psychiatrique, dont le mandat a été confié au Centre médical d'expertises N.\_\_\_\_\_ (ci-après : le N.\_\_\_\_\_) le 23 avril 2020.

L'assuré a fait parvenir différents certificats médicaux, notamment établis par le DAL du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, prononçant une incapacité totale de travail du 6 septembre au 6 octobre 2019, du 27 septembre 2019 au 17 février 2020, avec une reprise à 50 % dès le 18 février 2020. De nouveaux arrêts de travail complets avaient été décidés par ses médecins traitants du 30 avril au 11 juin 2020, ainsi que du 22 au 28 juin 2020. L'assuré a également produit un rapport du 14 octobre 2019 relatif à un CT de la colonne lombaire, concluant à une lyse isthmique bilatérale en L5 et à une protrusion discale en L5-S1, ainsi qu'un rapport du 23 juin 2020 d'échographie abdominale, mettant en évidence une petite hernie de la ligne blanche et un aspect irrégulier du pôle supérieur du rein droit.

A l'issue des examens réalisés en juin 2020 par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le N.\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport d'expertise le 29 juillet 2020. Les experts ont retenu les diagnostics de lymphome B folliculaire de stade III à IV (atteinte osseuse, masse paravertébrale en D8, adénopathie médiastinale et de l'aire hépatique, infiltration massive médullaire), de status après six cycles de chimiothérapie, puis traitement de maintenance une fois par mois durant un an, puis une fois tous les deux mois jusqu'en juin 2016, d'asthénie, de troubles de la concentration, de la mémorisation, de l'équilibre, liés aux traitements, de status après fracture de l'os scaphoïde de la main droite en septembre 2019, de status après fracture de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius gauche en 2016, de fracture des parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin, avec lyse isthmique bilatérale en L5, de lombalgie basse et de cervicalgie. Les limitations fonctionnelles avaient trait, sur le plan locomoteur, au port de charge de plus de 2 kg, aux positions statiques prolongées, aux mouvements extrêmes ou soutenus des poignets, aux mouvements répétitifs des membres supérieurs, aux positions en porte-à-faux de la colonne lombaire, à la marche sur de longues distances de plus de 2 km et à l'exposition aux vibrations. Sur le plan oncologique, l'assuré présentait une asthénie, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi que de l'équilibre, en lien avec le traitement anti-cancéreux. L'assuré ne présentait pas de trouble avéré de la personnalité.

Les experts se sont prononcés comme suit sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du N.\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2020, évaluation consensuelle, p. 5) :

- 40 % du point de vue oncologique depuis le 30 juin 2016 ;
- Du point de vue strictement locomoteur, l'assuré avait présenté des incapacités de travail ponctuelles dans le cadre de ses problèmes au niveau des poignets, à savoir :

- 0 % (fracture du poignet gauche) du 28 mai au 1<sup>er</sup> octobre 2016 ;
- 0 % (chirurgie d'ablation du matériel d'ostéosynthèse) du 28 juin au 10 juillet 2017 ;
- 0 % (traumatisme du poignet droit) de septembre au 30 novembre 2019 ;
- 50 % (douleurs résiduelles du poignet droit) du 1<sup>er</sup> décembre 2019 au 14 juin 2020.

Dans le registre de la médecine interne générale, le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière, sans limitation, ni handicap. Il a par ailleurs précisé ce qui suit (cf. ibidem, expertise en médecine interne générale, p. 10 et 11) :

« [...] Au niveau de la médecine interne générale, l'expertisé n'a pas présenté de problème particulier à part une fissure anale soignée, une colonoscopie a mis en évidence un polype du côlon qui a été excisé, une hyperplasie prostatique sous contrôle et actuellement sans traitement. Il a une hypertension artérielle traitée et qui est dans les normes. Il a eu un épisode de lithiase rénale avec passage spontané du calcul. Il a présenté une sinusite ethmoïdale et maxillaire droite. L'expertisé a toujours été coopérant aux différents traitements. Actuellement il n'y a pas d'autres options thérapeutiques. [...] »

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, la Dre R.\_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation du cas en ces termes (cf. ibidem, expertise en médecine physique et réadaptation, p. 18 - 20) :

« [...] Du point de vue général : le début des symptômes remonte à 6 ans et est marqué par des douleurs ostéoarticulaires du squelette axial et du bassin, ayant motivé la réalisation d'examens complémentaires et ayant finalement conduit au diagnostic de la maladie oncologique, à la découverte de lésions osseuses à l'emporte-pièce fortement suspectes.

Du point de vue strictement locomoteur, l'expertisé se plaint depuis plus de 4 ans de lombalgie persistante non déficitaire et non irradiante avec fracture de l'isthme à hauteur de L5 objectivée fin 2019. Il présente par ailleurs, des troubles dégénératifs avec protrusion discale lombaire en L5-S1 concordant avec son âge. Il observe une activité physique régulière et des séances bihebdomadaires de physiothérapie compatibles avec sa condition physique globale et son asthénie. Le traitement antalgique palier 1 n'a jamais nécessité de majoration depuis le début de l'évolution. Il manifeste également des métatarsalgies apparues il y a 5 ans, pour lesquelles les supports plantaires prescrits par l'orthopédiste

consulté ont été rapidement bénéfiques. Actuellement, le périmètre de marche [est] limité à 45 minutes, par des douleurs du compartiment externe de la cheville droite. Cette dernière a présenté des entorses à répétition selon l'anamnèse et est siège d'un kyste au compartiment interne sur un bilan radiologique datant de 5 ans. Cliniquement, elle ne présente pas de signes inflammatoires ni d'instabilité. Aucun traitement spécifique n'est proposé, si ce n'est la poursuite de la physiothérapie avec enrichissement des exercices par le renforcement des muscles péroniers, le travail d'équilibre et de proprioception. Ceci pourra améliorer le risque de chute que l'expertisé impute à l'instabilité de la cheville droite et à la fatigue. Le kyste osseux de la malléole interne objectivé il y a 5 ans n'est pas corrélé aux douleurs signalées par l'expertisé. Son contrôle radiologique sera indiqué en fonction de l'évolution de la symptomatologie.

Concernant la fracture du poignet gauche survenue il y a 4 ans, [elle a été] traitée conservativement puis chirurgicalement en raison de déplacement secondaire. L'évolution des douleurs est décrite comme favorable depuis l'ablation du matériel il y a 3 ans. L'ablation du matériel a été proposée en raison d'un possible conflit avec une vis intra articulaire. Le traitement chirurgical, combiné aux thérapies physiques a permis un gain satisfaisant d'amplitudes articulaires. En revanche, une gêne douloureuse persiste aux efforts légers à moyens comme le port de charges de plus de 2 kg. À plus de deux ans d'évolution, la situation est stabilisée mais avec le risque de la survenue d'une arthrose radio-carpienne dans les prochaines années, ce qui maintient ainsi les limitations fonctionnelles de port de charge et de mouvements extrêmes du poignet gauche.

Concernant le traumatisme du poignet droit, nous ne disposons pas de document attestant sa prise en charge en aigu au Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_. L'arthro-IRM de ce dernier, réalisée à la demande de l'orthopédiste consulté pour séquelle de fracture du scaphoïde, à 9 mois d'évolution, ne retrouve pas de stigmates d'une telle fracture. Elle mentionne la présence de micro-géodes communicantes avec le liquide articulaire, sans atteintes ligamentaires du poignet. L'expertisé transmet avoir été immobilisé pendant au minimum 45 jours, avec physiothérapie et ergothérapie à l'ablation plâtrée, sans effet notables sur les douleurs et la force. Cette immobilisation est indiquée dans le cadre de fracture du scaphoïde qui semble être bien consolidée. La poursuite des thérapies physiques avec mobilisation douce, antalgique est indiquée, en vue d'un gain espéré de mobilité et amélioration de la force musculaire et la tolérance aux efforts.

Au vu des fractures du poignet à basse énergie, l'expertisé pourra bénéficier d'un bilan complet pour l'ostéoporose avec densitométrie et traitement spécifique de l'ostéoporose en fonction du risque de fracture grave de la hanche ou de fracture vertébrale.

Concernant les douleurs et status cervical, l'imagerie réalisée dans le cadre oncologique objective des troubles dégénératifs concordant avec l'âge.

[...]

L'expertisé fiduciaire comptable de profession, plurilingue, avec un parcours universitaire, est resté actif à 30 % depuis le début de la maladie oncologique.

Il maintient une activité physique régulière, conduit son véhicule, prend les transports publics et entretient des liens socio-professionnels avec ses clients.

Il a une vision claire de sa situation financière et professionnelle, connaît ses limitations et a su élaborer des stratégies d'adaptation en aménageant certaines positions ergonomiques notamment pour l'utilisation d'ordinateurs.

L'auto-appréciation de sa propre capacité professionnelle est fixée à maximum 30 % d'activité, qu'il impute à son asthénie, mais aussi aux limitations des deux membres supérieurs. Il n'est toutefois pas gêné dans la gestion de ses activités de la vie quotidienne.

## **8. Réponses aux questions du mandant**

### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

#### Du point de vue strictement locomoteur

Du 28.05.2016 au 01.10.2016 : 0 % en lien avec la fracture du poignet gauche, traitée initialement par immobilisation plâtrée puis chirurgicalement en juillet 2016, puis persistance de douleurs et limitations de mobilité résiduelle.

Du 02.10.2016 au 27.06.2017 : 100 % avec adaptation de certaines mesures ergonomiques concernant le rachis et le poignet gauche, citées ci-dessous, ce qui occasionne une baisse de rendement de 20 %, soit une capacité de 80 %.

Du 28.06.2017 au 10.07.2017 : 0 % en lien avec la chirurgie d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet gauche.

Du 11.07.2017 à septembre 2019 : 100 % avec adaptation de certaines mesures ergonomiques concernant le rachis et le poignet gauche, citées ci-dessous, ce qui occasionne une baisse de rendement de 20 %, soit une capacité de 80 %.

Septembre 2019 au 30.11.2019 : 0 % pour le traumatisme du poignet droit, traité conservativement pour fracture du scaphoïde.

Depuis le 01.12.2019 jusqu'au 14.06.2020 : 50 % pour limitation résiduelle de la mobilité du poignet droit avec persistance de douleurs. Cette atteinte n'est pas durable dans le temps, l'examen le jour de l'expertise est biaisé par l'injection intra articulaire réalisée la veille de l'expertise. Nous nous attendons à une amélioration des symptômes et une récupération progressive de la mobilité à la résorption de l'œdème palmaire qui reste discret.

Dès le 15.06.2020 : 100 % avec adaptation de certaines mesures ergonomiques concernant le rachis et les deux poignets, citées ci-dessous, ce qui occasionne une baisse de rendement de 20 %, soit une capacité de 80 %. [...] »

Le registre oncologique a fait l'objet de l'analyse suivante, communiquée par la Dre S. \_\_\_\_\_ (cf. ibidem, expertise en oncologie médicale, p. 25 et 26) :

« [...] La situation de santé de Monsieur C. \_\_\_\_\_ se dégrade au mois de juin 2014 où, à l'occasion d'une chute avec traumatisme de l'os iliaque droit il ressent de violentes douleurs qui l'amèneront à différentes investigations.

Ces investigations concluent au diagnostic de lymphome folliculaire B avec des atteintes osseuses multiples, une atteinte des tissus mous paravertébraux et une atteinte médullaire massive. Il reçoit six cycles de chimiothérapie dont le premier cycle est associé à une chimiothérapie intrathécale (dans le canal céphalorachidien). La chimiothérapie est suivie par l'expertisé qui se présente régulièrement à ses rendez-vous. Il souffre de nausées, de

vomissements, d'une calvitie, d'une perte de l'odorat, d'une fatigue intense, de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, ainsi que de fréquentes pertes de l'équilibre. On diagnostique à ce moment-là un kyste au niveau de la cheville droite (malléole externe) et très vraisemblablement une instabilité de la cheville droite.

L'expertisé est déclaré en rémission complète sur la base d'un bilan complet effectué selon les recommandations internationales, pendant le traitement et à la fin du traitement de chimiothérapie. Il est considéré en rémission complète dès le mois de mai 2015. Le traitement est poursuivi par un traitement d'entretien par le Rituximab qui est donné jusqu'au mois de juin 2016.

### **7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Les traitements concernant le lymphome ont été suivis d'une rémission complète qui est vérifiée régulièrement. Le dernier PET-scan a été réalisé au mois de mars 2020 [...].

Le lymphome folliculaire à cellules B est une maladie capricieuse qui répond le plus souvent favorablement au traitement, et qui a aussi une tendance relativement fréquente à la récurrence. À plus de 5 ans de la fin de la chimiothérapie et à 4 ans de la fin de l'immunothérapie, l'expertisé est en rémission complète et ne présente aucun signe d'activité de sa maladie lymphomateuse. On peut donc affirmer qu'il est en rémission complète persistante.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Les plaintes rapportées par Monsieur C. \_\_\_\_\_ sont cohérentes et plausibles avec le diagnostic de lymphome et le traitement qu'il a reçu.

À ceci s'ajoute un élément important qui a causé une aggravation de la confiance en lui-même : une plainte pour erreur professionnelle qui l'a conduit devant les tribunaux.

Les troubles de l'équilibre sont certainement en lien avec la chimiothérapie, de même que les troubles cognitifs relevés.

Dans l'anamnèse, il n'est pas fait mention de troubles de l'équilibre avant le lymphome. [Ils] sont possiblement en lien également avec une instabilité de la cheville droite.

[Ils] l'ont conduit à deux accidents :

Le premier en septembre 2015 [recte : mai 2016] avec une fracture compliquée du poignet gauche qui sera traitée premièrement [...] puis plus tardivement en Suisse et opérée par deux fois. L'expertisé ne se plaint pas de ce poignet, notamment pas de douleur et ne relève pas de limitation importante de la mobilité de ce poignet gauche.

Le second en septembre 2019, à l'occasion d'une entorse de la cheville droite, il chute et se fracture l'os scaphoïde droit. Au moment de l'examen, il rapporte encore des douleurs. La palpation de la trigger zone du scaphoïde droit est douloureuse à la palpation.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

La capacité de travail dans la profession pratiquée par l'expertisé est restreinte à 40 %, ce qui fait une incapacité de travail de 60 % et une capacité de travail de 40 %.

Ceci tient compte des diminutions fonctionnelles liées à la symptomatologie composée d'asthénie, de troubles de la concentration, de troubles de la mémoire et de troubles de l'équilibre.

Les risques de récurrence du lymphome folliculaire à cellules B et/ou de néoplasie secondaire existent et doivent être pris en compte.

[...]

Un autre aspect limitant la capacité de travail, d'ordre non oncologique, est le manque de confiance en lui et la modification de l'image de soi décrite par Monsieur C.\_\_\_\_\_. Cet aspect n'est pas pris en compte pour l'évaluation oncologique de la capacité résiduelle de travail.

## **8. Réponses aux questions du mandant**

### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

40 %, d'un point de vue oncologique dès le 30.06.2016.

### **Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré**

40 % dès le 30.06.2016.

### **Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail**

Du point de vue oncologique : aucune.

P.S. : Il pourrait être intéressant de demander une appréciation neuropsychologique fonctionnelle. [...] »

L'aspect psychiatrique du cas particulier a été investigué par la Dre T.\_\_\_\_\_, laquelle a communiqué les conclusions ci-dessous (cf. ibidem, expertise psychiatrique, p. 33 et 34) :

« [...] Du point de vue psychique, Monsieur C.\_\_\_\_\_ a fait une décompensation anxio-dépressive modérée et limitée dans le temps, par suite d'un procès que lui a fait un client, en raison d'erreurs de comptabilité. Il impute cette erreur à des difficultés de concentration, en raison d'un état de fatigue très important. Il a depuis lors perdu confiance en lui et vérifie ses données. Il est devenu également méfiant vis-à-vis des demandes des clients, de crainte de nouvelles difficultés qui lui ont coûté très cher financièrement et l'ont épuisé psychologiquement.

Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, ni bénéficié de psychothérapie ou traitement psychotrope au long cours. Son état est actuellement stabilisé.

En l'absence de maladie psychiatrique avérée ou de comorbidité, des troubles de la concentration dans son métier sont décrits, dus à une fatigue majoritairement secondaire à son traitement oncologique et sa maladie.

### **7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Du point de vue psychiatrique, l'évolution est favorable, Monsieur C.\_\_\_\_\_ a fait une légère décompensation anxio-dépressive dans le cadre adaptatif, par suite d'un procès. Il a eu deux consultations psychologiques sans suite, avec résolution de sa problématique, à la suite de la clôture du procès.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'incohérence entre le tableau clinique et l'anamnèse. La fatigue entraînant des troubles de la concentration n'est pas expliquée par son état psychique. Des causes oncologiques sont à suspecter.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Monsieur C. \_\_\_\_\_ détient un brevet fédéral de comptabilité, maîtrise le français et parle couramment l'arabe avec bonnes notions d'allemand et d'anglais. Il peut se déplacer en voiture et en transports publics sans difficulté.

Il a des ressources mobilisables avec capacité d'adaptation aux règles, de planification et structuration des tâches. Il peut s'assumer lui-même et entretient de bonnes relations avec sa famille et un cercle d'amis stables. Légèrement méfiant dans le contact initial, il analyse les situations avant de prendre des décisions.

Les difficultés consistent en une fatigue intense, non expliquée par son état psychique, et une perte de confiance en soi depuis 2017, avec comportements de vérifications accrus sans atteindre un degré de compulsions.

### **8. Réponses aux questions du mandant**

#### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Du point de vue psychiatrique, en l'absence de maladie psychique la capacité de travail dans son activité habituelle et dans toute activité adaptée est de 100 % depuis toujours. Bien que la fatigue ne soit pas d'ordre psychiatrique, une diminution de rendement de 20 % est attendue en raison de difficultés de concentration et vérifications, depuis 2017. [...] »

Sur questions complémentaires posées par le SMR le 14 septembre 2020, l'experte oncologue du N. \_\_\_\_\_ a fourni les précisions suivantes le 24 septembre 2020 :

*« [...] Expert oncologue (Dre S. \_\_\_\_\_) avec les questions suivantes :*

*Dans votre expertise du 29.07.2020, vous évoquez une capacité de travail dans l'activité habituelle de comptable et dans une activité adaptée à 40 % depuis le 30.06.2016 et cela suite à la présence de troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire et de l'équilibre (p. 24 de l'expertise). Ces éléments cognitifs n'ont pas été retenus par les status de vos confrères notamment au niveau psychiatrique (fonctions cognitives normales (expertise p. 32) et des status physiques (p. 10 et 16-17).*

*Sur quels éléments objectifs reprenez-vous ces atteintes cognitives ?*

**Réponse :** aucun examen neuropsychologique n'a été demandé pour l'expertise de M. C. \_\_\_\_\_. N'étant pas certifiée en neuropsychologie, mes constatations ne peuvent être validées. Une expertise neuropsychologique est mentionnée, dans mon rapport comme « souhaitable ».

*Quels sont les traitements que vous reprenez comme responsables dans la survenue des troubles cognitifs (mémoire, concentration,*

*attention) (effets secondaires non retrouvés sur le compendium pour le protocole R-CHOP) ?*

**Réponse** : [...]

Ces troubles sont connus, décrits et présents sur le long terme chez au moins 30 % des patients ayant reçu un ou plusieurs agents de chimiothérapie et d'immunothérapie, notamment dans les traitements reçus par l'expertisé. Ces articles sont extraits de la littérature spécialisée et ont tous fait l'objet de relecture par un ou plusieurs comités de lecture. Il est donc de mon devoir de les citer. Concernant les troubles de l'équilibre cités dans mon rapport, la vincristine est neurotoxique et conduit dans presque 100 % des cas à des troubles de la sensibilité superficielle et profonde. Ces effets secondaires ont été recherchés par nos experts en médecine interne et médecine physique lors de l'expertise, en juin 2020. Les constatations cliniques parlent en faveur d'une récupération.

*Merci d'expliquer de manière plus précise la détermination du taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et une activité adaptée chez la personne expertisée.*

**Réponse** : l'évaluation de la capacité de travail tient compte de l'affaiblissement général, du déconditionnement et des troubles cognitifs cités. L'expertisé effectue les contrôles des travaux exécutés par sa collaboratrice, et n'entreprend plus de nouvelles charges de travail.

*Comment a évolué la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée entre le 30.06.2014 et le 30.06.2016 ?*

**Réponse** : la capacité de travail a été nulle durant cette période. [...]

Le SMR a sollicité une évaluation neuropsychologique auprès de la Prof. W.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, laquelle a rendu son rapport le 3 mars 2021. Elle a conclu à un léger ralentissement de la vitesse de traitement dans le cadre d'un examen dans la norme pour toutes les fonctions cognitives investiguées.

Par avis final du 10 mars 2021, le SMR a écarté l'appréciation consensuelle des experts du N.\_\_\_\_\_, estimant que les limitations fonctionnelles retenues sur le plan oncologique (troubles de la concentration et de l'attention, troubles de la mémoire et de l'équilibre) ne pouvaient être prises compte étant donné les conclusions communiquées par la Prof. W.\_\_\_\_\_. Il y avait lieu de retenir uniquement les limitations fonctionnelles du registre locomoteur et l'asthénie. Par conséquent, il s'agissait de prendre en considération « un autre consensus » contenu dans le rapport d'expertise du N.\_\_\_\_\_, à savoir l'exigibilité de l'exercice

d'une activité lucrative à 80 % (baisse de rendement de 20 %), en dehors des périodes d'incapacité de travail totale transitoires résultant des atteintes de l'appareil locomoteur. La capacité de travail de l'assuré pouvait être détaillée comme suit :

- 0 % de juin 2014 à septembre 2016 (traitement du lymphome + fracture du poignet gauche) ;
- 80 % d'octobre 2016 à juin 2017 ;
- 0 % juin à juillet 2017 (ablation du matériel d'ostéosynthèse) ;
- 80 % de juillet 2017 à septembre 2019 ;
- 0 % de septembre à novembre 2019 (fracture du scaphoïde droit) ;
- 50 % de décembre 2019 à juin 2020 (limitation transitoire de la mobilité du poignet droit) ;
- 80 % dès juin 2020.

Par correspondance du 24 juin 2021, l'assuré, avec le concours de Me Diagne, a contesté les conclusions du SMR ci-dessus, soulignant n'avoir pu travailler qu'à 30 % en dehors des périodes d'incapacité de travail totale. Il persistait à requérir l'allocation d'une rente entière d'invalidité jusqu'à l'âge de la retraite.

L'OAI a établi un nouveau projet de décision le 28 janvier 2022, indiquant envisager d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 31 décembre 2016, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2019 au 28 février 2020, fondé sur un degré d'invalidité de 40 %, et une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 31 août 2020, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %.

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision les 2 mars et 5 mai 2022, réitérant n'avoir pu exercer son activité habituelle qu'à un taux maximal de 30 % en dehors des périodes d'incapacité de travail totale. Il se prévalait des multiples certificats médicaux versés à son dossier et a produit une attestation du Dr D\_\_\_\_\_ du 3 mai 2022, lequel confirmait

que son patient n'avait « jamais pu reprendre son activité professionnelle à un taux supérieur à 30 % depuis janvier 2017 » ; ce taux était resté inchangé jusqu'en décembre 2020 (date du départ à la retraite de l'assuré).

Dans l'intervalle, le SMR a maintenu son appréciation du cas le 23 mars 2022.

Par décision du 27 juin 2022, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice des prestations annoncées dans son projet de décision du 28 janvier 2022.

**B.** C.\_\_\_\_\_, représenté par Me Diagne, a déféré la décision du 27 juin 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 août 2022. Il a conclu à sa réforme et au versement d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 31 décembre 2020 (âge de la retraite). Il a fait grief à l'OAI de s'être écarté tant des conclusions du rapport d'expertise du N.\_\_\_\_\_, que des nombreux certificats médicaux attestant d'une capacité de travail nulle ou partielle, établis « en temps réel » par le Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ et régulièrement produits par ses soins. Il a estimé que l'OAI, respectivement le SMR, avait fait preuve d'arbitraire dans l'appréciation médicale de son dossier, en se fondant en définitive exclusivement sur les résultats de l'examen neuropsychologique réalisé par la Prof. W.\_\_\_\_\_, alors qu'il était déjà à la retraite et que la période concernée par ses troubles était bien antérieure audit examen. Après avoir énuméré les différents arrêts de travail prononcés en sa faveur, il a réitéré n'avoir jamais été en mesure de reprendre une activité lucrative à un taux supérieur à 30 % depuis juin 2014. Il a également souligné que les accidents dont il avait été victime postérieurement au suivi du lymphome étaient vraisemblablement en lien avec les effets secondaires de ses divers traitements (troubles de l'équilibre), de sorte que la computation de nouveaux délais d'attente à chaque événement n'avait, à son avis, pas lieu d'être effectuée. Par ailleurs, il rappelait que postérieurement à l'expertise du N.\_\_\_\_\_, il avait subi des problèmes de calculs rénaux, de hernie et de tension artérielle, pour lesquels des arrêts de travail avaient

été prononcés. Enfin, il relevait que la décision querellée n'avait pas prononcé l'octroi d'une rente pour enfant en faveur d'un de ses fils, étudiant de moins de 25 ans, du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2015.

L'OAI a répondu au recours le 16 novembre 2022 et conclu à son rejet, en se référant aux pièces de son dossier, singulièrement aux avis établis par le SMR. Il suggérait au surplus la production d'une attestation d'études du fils de l'assuré eu égard à la rente pour enfant revendiquée.

Par réplique du 5 décembre 2022, l'assuré a maintenu ses conclusions et produit une attestation d'études en faveur de son fils, valable du 16 février au 31 août 2015.

L'OAI a dupliqué le 22 décembre 2022, confirmant ses conclusions. Il a ajouté avoir transmis l'attestation d'études à la caisse de compensation compétente.

Par écriture du 18 janvier 2023, l'assuré a adressé à la Cour de céans une décision de l'OAI du 6 janvier 2023, par laquelle était octroyée une rente pour enfant en faveur de son fils du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2015, considérant que ce document valait acquiescement de l'OAI en lien avec sa conclusion en ce sens. Il maintenait, au surplus, les autres conclusions prises dans son acte de recours.

L'OAI a réitéré ses conclusions le 7 février 2023 et relevé que la décision du 6 janvier 2023 devait être considérée comme une proposition au stade de la procédure de recours.

### **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959

sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 31 décembre 2020, date à laquelle il a atteint l'âge légal de la retraite.

**b)** On peut par ailleurs constater que le litige relatif au droit à une rente pour enfant en faveur du fils du recourant du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2015 est désormais sans objet, compte tenu de la décision en ce sens, émise par l'intimé *pendente lite* le 6 janvier 2023.

**3. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

**b)** D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 138 V 176 consid. 7.1). En l'espèce, les faits déterminants de la présente cause se sont tous déroulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle, en particulier s'agissant de la survenance de l'incapacité de travail et de l'ouverture du droit à la rente. Ainsi, en dépit de la date de la décision litigieuse, il convient de se référer aux dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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'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).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

**d)** A teneur de l'art. 29<sup>ter</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré est entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

**5. a)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**b)** Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si, en revanche, 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).

**c)** Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**6. 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 (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 l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise

ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**e)** Fondés sur l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, il est établi que le recourant a été atteint à répétition reprises dans sa santé à compter du 30 juin 2014, tout d'abord en raison de maladie (lymphome), puis au motif de deux accidents

(fractures des poignets) survenus respectivement le 28 mai 2016 et en septembre 2019.

**b)** Concernant l'évolution de la capacité de travail du recourant et l'exigibilité de la reprise de son activité lucrative habituelle de comptable, on observe que l'on dispose de nombreux certificats médicaux faisant état d'arrêts de travail complets ou partiels, émanant tant du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ et des divers spécialistes consultés par le recourant (notamment chirurgiens orthopédiques et cardiologue) que de son médecin généraliste traitant, le Dr D\_\_\_\_\_. Nombre de ces certificats ne précisent pas les motifs des arrêts de travail prononcés (cf. par exemple : certificats du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ des 6 septembre 2017 et 19 février 2018), de sorte qu'il n'apparaît pas possible, au moyen de ces documents, de retracer précisément les périodes d'incapacité de travail et de déterminer avec certitude les atteintes à la santé auxquelles elles se rapportent. On retiendra toutefois que recourant a concédé, aux termes de ses diverses écritures à l'intimé, ainsi qu'auprès des experts du D\_\_\_\_\_, avoir été en mesure de maintenir une activité à un taux d'environ 30 % au sein de sa société en dehors des périodes d'incapacité totale de travail (cf. notamment : écritures du recourant des 2 mars et 5 mai 2022 à l'intimé et attestation du Dr D\_\_\_\_\_ du 3 mai 2022).

**c)** Cela étant, l'analyse des différentes périodes d'incapacité de travail en fonction de la maladie et des deux accidents dont a été victime le recourant a été effectuée au sein du N.\_\_\_\_\_. Aux termes de leur évaluation consensuelle, les experts ont en effet considéré que la capacité de travail du recourant avait évolué comme suit :

- 0 % du point de vue oncologique du 30 juin 2014 au 30 juin 2016 ;
- 40 % du point de vue oncologique depuis le 30 juin 2016 ;
- 0 % (fracture du poignet gauche) du 28 mai au 1<sup>er</sup> octobre 2016 ;
- 0 % (chirurgie d'ablation du matériel d'ostéosynthèse) du 28 juin au 10 juillet 2017 ;

- 0 % (traumatisme du poignet droit) de septembre au 30 novembre 2019 ;
- 50 % (douleurs résiduelles du poignet droit) du 1<sup>er</sup> décembre 2019 au 14 juin 2020.

**8. a)** On peut en l'occurrence constater que le rapport d'expertise du N.\_\_\_\_\_ est exhaustif et que les experts se sont déterminés en toute connaissance de cause sur l'ensemble des problématiques évoquées dans le cas du recourant. Les experts ont pris en compte l'évolution de son état de santé, les plaintes alléguées, et ont justifié leurs points de vue respectifs, en fonction des constats cliniques objectifs ressortant à leurs sphères de compétence. Leurs conclusions sont au demeurant dûment motivées et apparaissent globalement en accord avec les appréciations spécialisées (notamment celles du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, où une capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle de comptable a également été retenue en faveur du recourant), de sorte qu'on ne voit aucune raison objective de s'en écarter.

**b)** En particulier, les observations du registre de la médecine interne générale, investigué par le Dr P.\_\_\_\_\_, ne prêtent pas flanc à la critique. Elles ne sauraient être remises en question par les pièces postérieures à l'expertise du N.\_\_\_\_\_ produites par le recourant, dont il se prévaut au stade de la présente procédure. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a souligné l'absence de problème particulier dans sa sphère de compétences, retenant une fissure anale soignée, un polype du côlon excisé, une hyperplasie prostatique sous contrôle et une sinusite ethmoïdale et maxillaire. Quoiqu'en dise le recourant, le Dr P.\_\_\_\_\_ a également pris en considération les problèmes de tension artérielle et de lithiase rénale, à savoir des atteintes à la santé somme toute banales sans incidence durable en termes de capacité de travail. On relèvera d'ailleurs que le cardiologue traitant du recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_, n'a prononcé qu'une incapacité de travail totale de quelques mois en lien avec les investigations cardiologiques (cf. certificats de ce praticien produits le 3 mai 2018 et rapport à l'attention de l'intimé du 11 juin 2018). On ajoutera que le recourant ne conteste pas que la lithiase rénale ait été résolue avec

le passage spontané du calcul, ce qui ne justifie à l'évidence qu'une courte durée d'incapacité de travail. On ne voit pas enfin que la hernie mise en évidence le 23 juin 2020 – au demeurant connue des experts du N. \_\_\_\_\_ – soit une affection susceptible d'impacter durablement et significativement la capacité de travail, une telle affection ne justifiant en règle générale qu'une intervention ponctuelle et de courte durée.

**c)** S'agissant des conclusions rapportées par la Dre R. \_\_\_\_\_ du point de vue de la médecine physique et réadaptation, cette spécialiste a examiné les conséquences des différents accidents dont a été victime le recourant en se fondant sur les résultats de son examen clinique, ainsi que sur les rapports spécialisés versés au dossier du recourant. Elle a dûment pris en compte les interventions nécessitées par l'état du poignet gauche et les soins prodigués au poignet droit. Elle a, en définitive, suivi pour l'essentiel les certificats d'arrêt de travail à disposition et rejoint la plupart des avis de spécialistes quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative (cf. notamment : rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2017). A cet égard, les différents certificats dont se prévaut le recourant sont insuffisamment étayés pour remettre en question les conclusions expertales, tandis que le SMR s'est rallié à l'appréciation communiquée par l'experte du N. \_\_\_\_\_ sur le plan locomoteur. Il convient ainsi de suivre l'appréciation de la Dre R. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne tant la capacité de travail du recourant que les limitations fonctionnelles retenues.

**d)** Le volet psychiatrique de l'expertise du N. \_\_\_\_\_, analysé par \_\_\_\_\_ la Dre T. \_\_\_\_\_, ne justifie pas de commentaires spécifiques, en l'absence de tout grief formulé par le recourant et l'intimé, respectivement le SMR, à cet égard. Faute de suivi spécialisé, ainsi que de traitement anxiolytique ou antidépresseur, il convient de retenir l'absence d'affection incapacitante du registre concerné.

**e)** Sur le plan oncologique, la Dre S. \_\_\_\_\_ s'est prononcée sur le lymphome ayant affecté le recourant et sur les conséquences du

traitement anti-cancéreux. En dépit de la rémission complète persistante de la maladie, elle a retenu des limitations fonctionnelles, consécutives essentiellement aux effets secondaires des traitements, à savoir une asthénie, des troubles de la concentration, de la mémoire et de l'équilibre. Elle a par ailleurs justifié son appréciation, sur questions du SMR, en soulignant la fréquence des effets secondaires des traitements prodigués au recourant. Les explications de l'experte oncologue apparaissent congruentes avec les constats rapportés par les spécialistes du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ tout au long du suivi du recourant, au cours duquel ont été relatés, à maintes reprises, une asthénie et des troubles cognitifs persistants (cf. par exemple : rapports du Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ du 15 août 2018 et du Service d'hématologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ du 4 février 2019).

**f)** Dans ce contexte, on ne saurait suivre le point de vue exprimé par le SMR dans son avis du 10 mars 2021, sur la base des conclusions communiquées par la Prof. W.\_\_\_\_\_. On relève en effet que le bilan neuropsychologique du 3 mars 2021 - au demeurant relativement succinct et résultant d'une seule évaluation réalisée alors que le recourant se trouvait déjà à la retraite, sans stress, ni contrainte liée aux exigences d'une activité lucrative, soit dans des circonstances bien différentes de la période échéant en décembre 2020 - apparaît insuffisant pour écarter purement et simplement, les observations rapportées régulièrement dans les rapports spécialisés du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ et les explications convaincantes fournies par l'experte oncologue du N.\_\_\_\_\_.

**g)** On ajoutera, contrairement à ce qu'a exposé l'intimé, respectivement le SMR dans son avis 10 mars 2021, qu'il apparaît incohérent d'écarter les conclusions consensuelles des experts du N.\_\_\_\_\_ et de se fonder en même temps partiellement sur leurs observations pour trancher le cas particulier. Le but d'une expertise pluridisciplinaire est précisément de procéder à une évaluation tenant compte de la pluralité des atteintes à la santé et de leurs répercussions globales sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative. A cet égard, le N.\_\_\_\_\_ a pleinement rempli sa mission en réalisant un consilium

destiné à prendre en considération l'ensemble des circonstances médicales du cas concret pour déterminer l'évolution de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

**h)** Il s'ensuit qu'il y a lieu de s'en tenir à l'appréciation consensuelle des experts du N. \_\_\_\_\_ pour considérer que le recourant a présenté, au motif de maladie, une incapacité de travail totale du 30 juin 2014 au 30 juin 2016, laquelle s'est poursuivie jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2016 en raison de l'affection du poignet gauche. L'incapacité de travail résultant de la maladie oncologique a, en parallèle, été ramenée à 60 % dès le 30 juin 2016 et est demeurée sans changement jusqu'au mois de décembre 2020. Dans l'intervalle, les incapacités de travail supérieures à ce taux de 60 % (soit 100 % du 28 juin au 10 juillet 2017 et 100 % de septembre au 30 novembre 2019 au motif d'accident) n'ont pas été d'une durée de trois mois au moins conformément aux réquisits de l'art. 88a al. 2 RAI, de sorte qu'elles ne modifient pas le droit aux prestations du recourant.

**9. a)** En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

**b)** Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette

méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible ou encore lorsque cette activité offre les meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C\_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

**c)** In casu, il convient de recourir à la méthode d'évaluation de l'invalidité en pour-cent exposée ci-dessus, faute de données économiques actualisées disponibles pour chiffrer précisément la perte de gain subie par le recourant.

**d)** Au terme du délai de carence imposé par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, échu en juin 2015, le recourant présentait une incapacité totale de travail dans toutes activités et, par conséquent, un degré d'invalidité de 100 % lui ouvrant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Cette prestation a été, à juste titre, servie jusqu'au 31 décembre 2016, correspondant à l'issue du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI.

**e)** Compte tenu de la persistance d'une incapacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle au motif de maladie au-delà du 31 décembre 2016, sans changement jusqu'en décembre 2020, le recourant présente, sur la base d'une comparaison en pour-cent, un degré d'invalidité de 60 %, lequel lui donne droit à trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2020 (âge légal de la retraite).

**f)** Contrairement à l'avis de l'intimé, il n'y a pas lieu de poser comme condition supplémentaire à l'octroi de prestations au-delà du 31

décembre 2016 que le recourant soit soumis à un nouveau délai de carence, celui-ci étant déjà échu au 30 juin 2015 en raison de l'atteinte à la santé oncologique. Dans la mesure où une telle condition supplémentaire découlerait des directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI], dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, ch. 4002), ces directives n'auraient pas lieu d'être suivies, vu la teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 121 V 264 consid. 6a in fine ; cf. également ATF 109 V 125 consid. 4a).

**10. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis. La décision litigieuse est confirmée en tant qu'elle alloue une rente entière d'invalidité au recourant du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 31 décembre 2016 et réformée pour le surplus, en ce sens que le recourant a droit à trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2020.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** Le recourant obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la porter à la charge de l'intimé.

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

**I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 27 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle alloue une rente entière d'invalidité au recourant du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 31 décembre 2016 et réformée pour le surplus, en ce sens que le recourant a droit à trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2020.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés 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 au recourant une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Yero Diagne, à Lausanne (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :