

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 6 s., 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2
et 3 RAI**

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme vendeur-serveur dans la restauration. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 3 octobre 2005, en raison de diverses affections (hernies discales lombaires, infections HIV récidivantes, dépression, nodules pulmonaires et crampes des mains depuis plusieurs années).

Par décision du 6 juin 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté cette demande de prestations, motif pris de l'absence d'atteintes à la santé invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

b) Par jugement du 7 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours déposé par l'intéressé (TASS AI 265/07 - 175/2008).

B. a) Le 30 octobre 2012, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il indiquait présenter une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2006 en raison d'infections pulmonaires (embolies et épanchements), d'insuffisance respiratoire (asthme, nodules pulmonaires, apnées du sommeil appareillées et stimulateur implanté) et de sida.

Au terme de l'instruction médicale du dossier, le Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a, dans un avis du 20 mai 2014, résumé la situation comme suit :

Assuré de 48 ans, célibataire, sans enfant, scolarité ordinaire en France, pas de qualification professionnelle, la dernière activité remonterait à janvier 2006 d'après les CI, il semblerait s'agir d'une activité dans la vente à « X._____ ».

Une aggravation de l'état de santé de cet assuré est démontrée par l'installation de troubles neuropsychologiques remontant à

décembre 2012. Il s'agit de minor cognitive disorders s'inscrivant dans un contexte d'HIV (évoluant depuis 1996) d'allure stable sous thérapie antirétrovirale dans un contexte d'épisode dépressif léger (in RM du 31 janvier 2013 Pr D._____). Le bilan neuropsychologique J._____, réalisé en novembre 2013, confirme la persistance de ces troubles.

Le médecin de famille signale dans son courrier du 26 novembre 2012 une consommation d'alcool à risque qui est susceptible d'entraver toute mesure de formation ou de réinsertion. Il s'agit d'un problème d'alcool primaire.

L'assuré n'a pas d'activité de référence.

Dans une activité adaptée simple, légère, subalterne, sans contact avec la clientèle, le Pr D._____ estime le 25 avril 2014 que la capacité de travail probable est de 50%.

Nous faisons nôtre cette appréciation et, ce, dès décembre 2012.

Malgré les objections formulées à l'encontre de l'appréciation de la capacité de travail, l'OAI a, par décision du 6 février 2015, alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2013 (degré d'invalidité de 55 %).

b) Par arrêt du 8 décembre 2016 (CASSO AI 42/15 - 329/2016 du 8 décembre 2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours déposé le 27 février 2015 par Q._____, annulé la décision rendue le 6 février 2015 et renvoyé l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle estimait que le dossier ne contenait aucune analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics retenus.

c) Dans le cadre de l'instruction menée à la suite de cet arrêt, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire au W._____ (ci-après : W._____) de [...]. Dans leur rapport du 16 octobre 2017, les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et V._____, spécialiste en neurologie, ainsi que le neuropsychologue E._____ ont posé les diagnostics suivants :

*1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F 60.31) depuis l'adolescence.
- Troubles neuropsychologiques légers à moyens au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, affectant la mémoire et les fonctions exécutives.
- Embolies pulmonaires bilatérales périphériques récidivantes (2006) avec anticoagulation encore en cours.
- Thoracotomie diagnostique avec biopsie pleurale (2008) ; thoracodynies séquellaires.
- BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive] avec composante d'emphysème.

1.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail* *Depuis quand sont-ils présents ?*

- Dysthymie (F 34.1).
- Séropositivité HIV depuis 1994 (SIDA stade B3, virémie actuellement indétectable).
- Discrète atteinte polyneuropathique essentiellement algique et sensitive (présente depuis plusieurs années).
- Nodules pulmonaires multiples stables depuis 2005.
- Syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP [*Continuous Positive Airway Pressure*] avec succès (présent depuis plusieurs années).
- Ostéoporose (2016).
- Masse latéro-cervicale droite ponctionnée en juin 2014 (nodule inflammatoire).
- Stéatose hépatique (2013).
- Episodes itératifs de surinfection pulmonaire depuis 2011.
- Pleurite tuberculeuse (mars 2007) traitée d'avril à octobre 2007.
- Œsophagite de reflux (2005).
- Cure d'un tunnel carpien gauche (2004).
- Pancréatite alcoolique (1983).
- Hypercholestérolémie et hyperlipémie.
- Appendicectomie dans l'enfance.
- Hypertension artérielle de longue date.
- Asthme bronchique.

Au moment d'apprécier la situation, les experts ont notamment émis les considérations suivantes :

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions

DIAGNOSTICS

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour met en évidence une douleur à la pression latérale et antéro-postérieure du thorax avec une certaine majoration. La palpation de l'abdomen est très douloureuse sans substrat anatomique mis en évidence. A

l'auscultation pulmonaire, présence de ronchis et de sibilances. La dyspnée chronique et la fatigue sont multifactorielles et très probablement liées à la BPCO, le tabagisme actif, les séquelles des embolies pulmonaires, l'obésité et le déconditionnement physique.

Sur le plan de la séropositivité HIV, la virémie est actuellement indétectable. La trithérapie est à effectuer à vie et peut être également responsable d'un certain degré de fatigue.

L'hypertension artérielle est bien compensée et la valeur de ce jour est rigoureusement normale.

Les différents problèmes présentés par l'assuré ne justifient pas une incapacité au-delà de 50 %.

Sur le plan neurologique, actuellement, Monsieur Q._____ émet des plaintes en tous points superposables à celles mentionnées plus haut soit, persistance de crampes au niveau des 4 extrémités, accompagnées de paresthésies au niveau des mains et des pieds. Cette composante des troubles est intermittente, diurne et nocturne. Aux problèmes algiques et sensitifs, s'associe un manque de force global persistant, présent depuis plusieurs années, mais avec aggravation.

Sur le plan du syndrome des apnées du sommeil, malgré un bon contrôle de ces dernières par l'utilisation régulière d'une CPAP, persistent des difficultés de sommeil avec des insomnies liées aux douleurs, faisant que la fatigue diurne reste importante, malgré l'utilisation de la CPAP.

Enfin, persistent, avec aggravation progressive, des troubles de la mémoire, de fixation et de la concentration, l'handicapant dans les activités de tous les jours, composante des troubles qui sera appréciée par Monsieur E._____.

En raison des troubles susmentionnés, comme mentionné plus haut, Monsieur Q._____ s'estime totalement incapable d'avoir une activité professionnelle, même adaptée et partielle.

En résumé, l'examen neurologique met en évidence une limitation modérée indolore de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, sans contracture des muscles paravertébraux. En station debout et à la marche, on retrouve une discrète instabilité à la marche un pied devant l'autre, à la limite du significatif. L'auscultation des carotides est physiologique. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs est entièrement normal, notamment sans éléments en direction d'une atteinte polyneuropathique et d'un syndrome du tunnel carpien. A l'examen des membres inférieurs, alors que la manœuvre de Lasègue est apparemment douloureuse dès 30-40° ddc [des deux côtés], on observe peu de chose, avec essentiellement une hypomyotrophie modérée globale, une hyporéflexie achilléenne bilatérale et quelques lâchages au testing de la force musculaire, mais sans faiblesse nette et sans trouble de la sensibilité, tant superficielle que profonde.

En bref, un examen neurologique actuellement indicateur uniquement d'une discrète atteinte polyneuropathique caractérisée

par une hyporéflexie achilléenne et une discrète hypo-pallesthésie des membres inférieurs à la limite du significatif.

Le résultat du présent bilan neurologique clinique est en tout point superposable à celui décrit dans le dossier, c'est-à-dire, décrit par le Prof. K. _____ d'une part, et par les Drs S. _____ et T. _____ d'autre part, respectivement en 2006 et 2014.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, Monsieur Q. _____ présente vraisemblablement une discrète atteinte polyneuropathique, essentiellement sensitive et algique se traduisant subjectivement par des crampes, des paresthésies et un endormissement, le tout de façon intermittente.

L'origine exacte de cette atteinte polyneuropathique reste indéterminée, mais le plus probable est qu'il s'agisse d'une affection en relation avec le sida et son traitement.

Sur le plan thérapeutique, selon l'évolution, on pourrait songer à un traitement antalgique par Prégabaline ou Gabapentine aux doses habituelles.

Sur le plan de la capacité de travail, cette atteinte polyneuropathique ne justifie pas en soi la reconnaissance d'une incapacité de travail dans l'activité exercée antérieurement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

En ce qui concerne la fatigue liée aux troubles du sommeil, le syndrome des apnées du sommeil est actuellement bien contrôlé par l'utilisation de la CPAP. Ce syndrome des apnées du sommeil n'est donc pas cause d'une incapacité de travail significative. Restent les troubles du sommeil liés aux insomnies, lesquels ne justifient pas, d'un point de vue strictement neurologique, la reconnaissance d'une incapacité de travail. Sur le plan thérapeutique, il conviendra d'envisager un traitement conjointement aux traitements des troubles dépressifs selon l'appréciation du Dr F. _____.

Cette composante des troubles ne justifie pas non plus la reconnaissance d'une incapacité de travail du point de vue strictement neurologique.

En ce qui concerne les lombalgies, celles-ci sont banales et ne sont pas cause non plus d'une incapacité de travail. Enfin, en ce qui concerne les thoracodynies, celles-ci rentrent dans le cadre de la pathologie pulmonaire plus globale qui sera appréciée par le Dr A. _____.

Pour ce qui est des troubles de la mémoire et de la concentration, ces derniers seront appréciés par Monsieur M. E. _____.

En conclusion, sur un plan strictement neurologique, il n'y a pas, au présent bilan, d'élément permettant de reconnaître une incapacité de travail significative sur ce plan.

Sur le plan neuropsychologique, l'examen neuropsychologique confirme la présence de déficits cognitifs affectant principalement

les fonctions exécutives et la mémoire, mais aussi, quoique plus légèrement, l'attention et les praxies constructives et gestuelles.

Le tableau correspond à un trouble neuropsychologique léger à moyen au sens des critères de l'Association suisse des neuropsychologues (une ou au plus deux sous-fonctions cognitives sont nettement réduites (plus de deux écarts-types en dessous de la moyenne) et les autres légèrement diminuées (un à deux écarts-types)).

Des limitations persistent : les troubles exécutifs et mnésiques impactent négativement les capacités d'adaptation de l'expertisé dans toute situation un tant soit peu complexe. Il doit d'ailleurs ralentir le rythme de réponse dans des situations sollicitant les fonctions exécutives afin de contrôler les erreurs, ce qui diminue le rendement dans des tâches nécessitant le passage d'une action à une autre (flexibilité et inhibition) notamment. Les difficultés attentionnelles contribuent aussi à limiter le rendement, tout comme les troubles mnésiques, qui rendent à eux seuls le travail de sommelier, lequel nécessite de bonnes compétences en mémoire, inexigible. Toute tâche à composante visuo-constructive doit par ailleurs être évitée.

Sur le plan psychique, la présente évaluation laisse fortement suspecter une fragilité préexistante de l'expertisé sous la forme d'un trouble de la personnalité significatif, dont les traits saillants sont : l'intensité et l'instabilité des réactions émotionnelles, une impulsivité, une imprécision du sentiment de l'identité du soi (l'identité restant perturbée dans sa construction), une gestion des affects déficitaires avec une fluctuation de l'humeur se traduisant entre autres par des épisodes dépressifs récurrents, une estime de soi plutôt basse, etc. Sur le plan affectif s'il existe une hypersensibilité au rejet, des comportements abandonniques, avec une réactivité exagérée rendant la relation à autrui instable, le plus souvent décevante et inaboutie.

Il y a eu aussi par le passé des conduites addictives avec une dépendance à l'alcool et des pancréatites, au moins une tentative de suicide.

Tous ces éléments cliniques, soit mis en évidence dans l'anamnèse détaillée, soit constatés objectivement lors du status psychiatrique, sont fortement indicateurs de la présence (selon les critères ICD-10) d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F 60.31).

L'origine de ce trouble de la personnalité est multifactorielle, mais il est mis en évidence durant l'enfance de l'expertisé des mauvais traitements répétés de gravité, un dénigrement/rejet par sa famille et une mise à l'écart dans sa communauté, des persécutions qui ont abouti au suicide de son premier ami, etc.

Monsieur Q. _____ a bien tenté de fuir son milieu pour avoir une existence meilleure, mais très vite il a été confronté à d'autres difficultés/déceptions multiples, de sorte que sa construction existentielle est restée insatisfaisante. Depuis des années il doit

aussi faire face à une maladie chronique, ayant de plus en plus de peine à s'adapter à son contexte de vie global.

Par nature un trouble de la personnalité a une évolution chronique, si dans le cas de l'expertisé il n'est pas décompensé de manière significative, il existe toutefois indéniablement une usure, qui est associée à une atteinte neurogène et somatique assez lourde.

Concernant l'humeur, le trouble de la personnalité présenté par Monsieur Q._____ est déjà source d'une instabilité dans ce domaine et lors de période de crise, la dysphorie est très souvent présente. On relève sur le plan symptomatique : une humeur fluctuante avec des phases dépressives (dominante dépressive aussi), des ruminations négatives et pessimistes, une perte d'estime de soi, une inhibition avec une asthénie/fatigabilité (le principal symptôme cité), une anhédonie, des difficultés de mémoire et de concentration, etc. L'intensité de la symptomatologie dépressive constatée est légère, étant donné que cette atteinte de l'humeur est chronique, après avoir été dans un premier temps récurrente elle serait présente désormais sur un mode continu depuis plusieurs années, on doit dans ce cas retenir un diagnostic de dysthymie (F 34.1).

RESSOURCES

Ressources personnelles

En ce qui concerne les ressources : son aptitude à communiquer est conservée tout comme celle de prendre des décisions et ses capacités de jugement. Par contre il se mobilise peu, est chroniquement fatigué et démotivé, son endurance semble nettement diminuée.

Il y a une atteinte touchant le fonctionnement cognitif : on observe des troubles de la mémoire ou de la concentration significatifs. En lien avec sa pathologie, au moment de la présente l'expertisé n'a plus un bon contrôle de ses affects et des pulsions, il n'a pas atteint un état de stabilité psychique. Si la capacité à interagir avec autrui reste préservée, il se socialise de moins en moins. Il n'a pas été mis en évidence de discordance, les constatations sont en phase avec les plaintes, il n'y a pas de majoration, etc.

Sur le plan de la médecine interne, les ressources personnelles semblent diminuées par les thoracodynies qui perturbent les activités journalières et le sommeil.

Sur le plan neurologique, Monsieur Q._____ est totalement autonome pour ce qui est de la vie de tous les jours. Il mentionne néanmoins avoir des difficultés pour effectuer le ménage lourd, mais l'examen neurologique n'apporte pas d'élément justifiant une incapacité ménagère significative.

Sur le plan psychique, il n'est pas ou plus autonome dans nombre d'activités de la vie quotidienne, entre autres il ne gère plus son administratif, ni les courses ou son ménage.

Ressources externes

Son réseau social s'est appauvri et il ne peut compter sur aucun soutien familial.

TRAITEMENT

Sur le plan de la médecine interne, les traitements sont adaptés aux problèmes présentés par l'assuré. L'assuré est très compliant avec la trithérapie. Un sevrage tabagique serait fortement conseillé.

Sur le plan neurologique, Monsieur Q._____ paraît tout à fait motivé et adhérent à la thérapie conduite jusqu'ici. Il n'y a pas de thérapie additionnelle à proposer dans l'immédiat hormis, en fonction de l'appréciation du médecin traitant et de l'évolution, l'introduction d'un traitement antalgique par Prégabaline ou Gabapentine pour lutter contre les phénomènes dysesthésiques et algiques dans le cadre de la discrète polyneuropathie. L'assuré est très compliant avec le CPAP. A relever que le traitement effectué jusqu'ici est conforme aux règles de l'art et que l'adhésion du patient au traitement a été apparemment satisfaisante.

Sur le plan psychique, autant il se montre « preneur » de traitement somatique, autant sa position face à une psychothérapie est ambiguë, voire négative. Ainsi il n'est jamais entré dans une thérapie suivie, digne de ce nom, ce qui est souvent le cas dans ce trouble de la personnalité.

Cet aspect est regrettable et débiter un suivi régulier à 50 ans, aura peu d'impact positif, car le « dommage » est déjà largement constitué.

READAPTATION

Sur le plan de la médecine interne, une réadaptation, bien que raisonnablement exigible, semble tout à fait aléatoire, l'assuré n'étant pas du tout motivé.

Sur le plan neurologique, il n'y a pas de réadaptation à proposer/exigible.

Sur le plan psychique, il n'y a ni énergie ni motivation pour cela. De plus, le soussigné pense que Monsieur Q._____ n'a plus totalement des ressources adaptatives pour cela.

COHERENCE

Sur le plan de la médecine interne, bonne cohérence, malgré une certaine majoration lors de l'examen du thorax.

Sur le plan neurologique, il n'y a pas de divergence majeure entre les symptômes décrits et l'observation objective, les plaintes étant essentiellement d'ordre algique, ce qui peut être sans traduction clinique évidente, notamment sur le plan de la polyneuropathie constatée cliniquement.

Pour ce qui est des motifs éventuels d'exclusion, tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires,

Monsieur Q. _____ ne donne pas l'impression d'exagérer ses symptômes ; néanmoins, il apparaît comme très fixé sur son incapacité de travail, ce qui peut le pousser à majorer certains des éléments.

Les plaintes formulées par Monsieur Q. _____ sont concordantes avec les éléments du dossier ; par contre, les éléments objectifs ne permettent pas de confirmer son appréciation personnelle, à savoir qu'il présente une incapacité de travail sur le plan strictement neurologique.

Sur le plan neuropsychologique, il n'y a pas de signes de défaut d'effort dans les tâches, l'examen est valide.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de divergence majeure entre les symptômes décrits et l'observation objective, ni de majoration ou comportement démonstratif. Les atteintes touchent non seulement sa capacité de travail, mais aussi les autres domaines de son existence.

CAPACITE DE TRAVAIL

Sur le plan de la médecine interne, 50%.

Sur le plan neurologique, sans prendre en compte les éléments liés aux thoracodynies et aux troubles neuropsychologiques et psychiques, la capacité de travail de Monsieur Q. _____ reste complète dans toutes activités potentiellement exigibles, les plaintes liées à la polyneuropathie ne représentant pas en soi une cause d'incapacité de travail ; en effet, s'il existe des phénomènes algiques et dysesthésiques et une impression de manque de force, ceux-ci n'ont pas de traduction clinique significative et l'atteinte n'a pas progressé d'un point de vue objectif entre les premiers examens neurologiques de 2006 et le présent bilan neurologique. Compte tenu du caractère essentiellement subjectif, de l'expression de cette atteinte polyneuropathique, il n'est pas possible de déterminer s'il existe effectivement une majoration des symptômes ou s'il s'agit là de l'expression de l'atteinte des petites fibres tel qu'on peut classiquement le rencontrer en cas de sida. On doit donc admettre que les plaintes formulées par Monsieur Q. _____ sont liées à une pathologique somatique effective, mais vécues de façon aggravée pour des raisons psychologiques et socioprofessionnelles.

Sur le plan psychique, tenant compte des composantes psychiques et neuropsychologiques, la capacité de travail dans son activité habituelle est nulle, car le métier de serveur est stressant et exigeant, tant au plan psychique que physique. Elle est de 50 % dans une activité adaptée, soit peu demandeuse en termes de mémoire et moins exposée à de hauts niveaux de stress (plus régulière et répétitive).

Sur le plan neuropsychologique, elle est limitée à des tâches simples et répétitives ne sollicitant ni la mémoire ni les fonctions exécutives, avec un rendement diminué. L'activité de sommelier n'apparaît plus exigible compte tenu notamment des troubles de la mémoire.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis du 27 octobre 2017), l'OAI a, par projet de décision du 14 août 2018, informé l'assuré qu'il n'entendait pas lui allouer une rente supérieure à la demi-rente dont il bénéficiait depuis le 1^{er} décembre 2013.

Malgré les objections formulées par l'assuré et la Dre N._____, l'OAI a, par décision du 25 mars 2019, confirmé la teneur de son projet de décision du 14 août 2018.

C. **a)** Par acte du 1^{er} avril 2019, complété le 12 avril suivant, Q._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 25 mars 2019, concluant implicitement à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité. En substance, il reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, s'estimant inapte à travailler puisqu'il n'était pas en mesure de soutenir une activité physique ou psychique plus d'une heure sans repos. Annexant son dossier médical, il estimait que les rapports de ses médecins traitants valaient contre-expertise.

b) Dans sa réponse du 24 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du W._____, estimant que les critiques de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position.

c) Dans sa réplique du 12 septembre 2019, l'assuré a persisté dans ses précédentes conclusions. Décrivant un vécu quotidien « compliqué et très difficile », il a maintenu que ses multiples pathologies contre-indiquaient toute exigibilité médicale.

d) Le 17 septembre 2019, l'OAI a fait verser à la procédure quatre rapports médicaux qui lui avaient été précédemment adressés par la Dre N._____, à savoir :

- un rapport du 4 juillet 2019 des médecins du Service des urgences du CHUV relatif à une prise en charge de myalgies en raison de douleurs / crampes des membres inférieurs d'origine indéterminée avec disparition des douleurs spontanément ;
- un rapport du 15 août 2019 des médecins de la Consultation d'immunologie et allergie de la PMU du CHUV pour bilan d'une rhinoconjonctivite et d'un asthme per annuels connus sur hypersensibilité aux acariens de la poussière et *Alternaria tenuis*, avec proposition d'optimisation du traitement symptomatique ;
- un rapport du 16 août 2019 de suivi de traitement du syndrome d'apnées du sommeil de type complexe par servoventilation auprès du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) du CHUV, dont il ressort une très bonne adhérence thérapeutique et efficacité avec normalisation de l'IAH (index apnée-hypopnée) ;
- un rapport du 28 août 2019 des médecins de la Consultation de Pneumologie de la PMU du CHUV relatif à un asthme sévère hyper-éosinophilique à composante allergique actuellement bien contrôlé, avec poursuite du traitement sans modification dans le contexte de fonctions pulmonaires inchangées depuis 2018 malgré des épisodes infectieux respiratoires intercurrents.

e) Dans sa duplique du 10 octobre 2019, l'OAI a conclu une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. En annexe figurait un rapport médical du 30 juillet 2019, dans lequel les médecins traitants de l'assuré précisaient notamment que « c'est bien la somme de toutes les pathologies que ce patient doit endurer au quotidien qui l'empêchent de travailler » et qu'« une rente AI complète est justifiée chez M. Q. _____ ».

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. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité exact qu'il présente depuis le 1^{er} décembre 2013.

Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 30 octobre 2012.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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.

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 6 juin 2007 qui lui refusait le droit à la rente. Le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud avait d'ailleurs rejeté le recours déposé par le recourant à l'aune des considérations suivantes (TASS AI 265/07 - 175/2008 du 7 mai 2008, consid. 5) :

5. a) En l'espèce, le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail. Son argumentation se limite cependant à une vaine critique des avis médicaux probants. L'Office intimé estime quant à lui que, d'après les rapports médicaux aux dossiers, aucun médecin indépendant du recourant ne fait état d'une incapacité de travail de nature à ouvrir droit aux prestations depuis 2003.

b) La séropositivité n'est, en elle-même, nullement une cause d'invalidité, faute de constituer une maladie. En l'espèce, la séropositivité HIV est asymptomatique ; elle ne peut donc avoir d'effet invalidant.

S'agissant de la pathologie pulmonaire, le trouble ventilatoire (dyspnée) est qualifié de léger par les médecins spécialistes du Service de pneumologie du CHUV, lesquels reconnaissent que cette affection n'a pas d'incidence majeure sur la capacité de travail du patient, puisque ce dernier ne présente, entre autre, pas d'insuffisance de la musculature respiratoire. A cet égard, la dyspnée doit être influencée favorablement par l'arrêt du tabac, comportement que l'on peut raisonnablement attendre du recourant compte tenu de son obligation de réduire le dommage (art. 21 al. 4 LPG). Il en va de même en ce qui concerne l'alcool, dont la consommation a été qualifiée d'excessive. L'affection pulmonaire n'est donc pas invalidante en elle-même.

Les investigations neurologique et cardiologique ont en outre permis d'exclure la présence de toute autre atteinte invalidante. D'une part, les résultats de l'examen neurologique du CHUV se situent dans les limites de la norme, n'objectivant aucune atteinte somatique

potentiellement incapacitante, hormis des compressions de nerfs médians, que l'assuré ne souhaite pas traiter chirurgicalement actuellement, d'autre part, une insuffisance cardiaque a été exclue par les spécialistes dans le rapport du CHUV du 14 septembre 2006.

Il ne faut pas perdre de vue que l'objet de l'assurance n'est pas, au regard de la définition même de l'invalidité, l'affection en tant que telle, mais tient aux conséquences économiques de celle-ci, lorsqu'elle induit une incapacité de travail. Pour incontestables que soient les multiples affections du recourant, elles ne peuvent en l'occurrence être réputées avoir un caractère invalidant. Il convient donc d'admettre, avec l'office intimé, que la capacité de travail exigible de l'assuré est totale. Ainsi, la décision querellée refusant de servir la rente sollicitée n'apparaît pas critiquable.

b) Se fondant sur les constatations et conclusions de l'expertise du W._____, l'office intimé a estimé que le recourant disposait désormais d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, justifiant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2013 (degré d'invalidité de 55 %).

Estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité, le recourant conteste l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail en opposant l'avis de ses médecins sur la question.

c) Il convient de rappeler que, par arrêt du 8 décembre 2016 (CASSO AI 42/15 - 329/2016), l'affaire avait été renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au motif que le dossier ne contenait aucune analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics retenus. Dans le cadre de l'instruction menée à la suite de cet arrêt, l'office intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au W._____ de [...], lequel a rendu son rapport le 16 octobre 2017.

aa) L'expertise pluridisciplinaire a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) depuis l'adolescence, de troubles neuropsychologiques légers à moyens, d'embolies pulmonaires bilatérales périphériques récidivantes (2006) avec anticoagulation encore en cours, de thoracotomie diagnostique avec biopsie pleurale (2008) et de

bronchopneumopathie chronique obstructive avec composante d'emphysème. Compte tenu « *de l'interaction entre les différents diagnostics et les limitations fonctionnelles constatées sur le plan de la médecine interne, neuropsychologique et psychiatrique* », les experts ont retenu que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptées à ses limitations fonctionnelles, soit une activité légère, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges importantes et des déplacements importants, et ne sollicitant ni la mémoire ni les fonctions exécutives.

bb) L'expertise se fonde sur une analyse détaillée des diverses problématiques médicales posées et des interactions entre les différents diagnostics retenus, exposant de manière circonstanciée les difficultés imposées par la situation médicale prise dans sa globalité. Ainsi, sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail est estimée à 50 % au maximum en raison de la bronchopneumopathie chronique obstructive limitant les efforts soutenus. Sur le plan neurologique elle est considérée comme étant complète, au vu du caractère principalement subjectif de l'atteinte polyneuropathique. Si, sur le plan psychique, la capacité de travail est jugée comme étant nulle dans le métier de serveur depuis 2012, elle est par contre évaluée à 50 % dans une activité adaptée « *soit peu demandeuse en termes de mémoire et moins exposée à de hauts niveaux de stress (plus régulière et répétitive)* ». Sur le plan neuropsychologique, pour finir, la capacité de travail vaut pour des tâches simples et répétitives, ne sollicitant ni la mémoire ni les fonctions exécutives, avec un rendement diminué. L'expertise met également en évidence que le recourant dispose encore de ressources qui lui permettraient d'exploiter sa capacité résiduelle de travail. Ainsi, son aptitude à communiquer est conservée tout comme celle de prendre des décisions et ses capacités de jugement. Même si les thoracodynies perturbent ses activités journalières et son sommeil, le recourant demeure autonome pour ses tâches quotidiennes.

cc) Les rapports médicaux produits par le recourant au cours de la procédure de recours ne sont pas de nature à remettre en cause

l'appréciation des experts du W._____. Le rapport du 4 juillet 2019 du Service des urgences du CHUV mentionne uniquement un épisode de douleurs / crampes des membres inférieurs d'origine indéterminée avec disparition spontanée des douleurs. Le rapport du 15 août 2019 établi par la Consultation d'immunologie et allergie de la PMU a trait au bilan d'une rhinoconjonctivite et d'un asthme *perannuels* déjà connus et pris en compte lors de l'expertise en 2017. Dans un rapport du 16 août 2019, le Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du CHUV fait état d'une très bonne adhérence thérapeutique et efficacité avec normalisation de l'indice d'apnée hypopnée, corroborant le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP retenu deux ans plus tôt par le W._____. Dans son rapport du 28 août 2019, la Consultation de Pneumologie de la PMU préconise, en présence d'un asthme sévère hyper-éosinophilique à composante allergique actuellement bien contrôlé, la poursuite du traitement sans modifications ; les médecins référents décrivent des fonctions pulmonaires inchangées depuis 2018 malgré des épisodes infectieux respiratoires intercurrents, ce qui démontre l'absence de modification de la situation depuis l'expertise de l'automne 2017. Quant au rapport du 30 juillet 2019 rédigé par l'ensemble des médecins traitants du recourant, d'après lequel « *c'est bien la somme de toutes les pathologies que ce patient doit endurer au quotidien qui l'empêchent de travailler* » et qu'« *une rente AI complète est justifiée chez M. Q._____* », il ne suffit pas, faute d'une argumentation claire et étayée, à remettre en cause les conclusions motivées du W._____, d'après lesquelles le recourant dispose de ressources suffisantes pour exercer à un taux de 50 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Cela étant constaté, il s'agit ensuite de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, 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.

b) aa) 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). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectué s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS). On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n^{os} 25 et 33 *ad* art. 16).

bb) 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).

c) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 62'270 fr. avec un revenu d'invalidité de 28'021 fr. 65 (montant qui intégrait un abattement de 10 % afin de tenir compte des restrictions fonctionnelles restreignant les perspectives salariales du recourant), pour aboutir à un degré d'invalidité de 55 %, taux ouvrant le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} décembre 2013. En l'absence de griefs du recourant, il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé.

6. Dans la mesure où la situation a notablement évolué depuis la précédente décision rendue le 6 juin 2007 par l'office intimé, confirmée par jugement du 7 mai 2008 du Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud (TASS AI 265/07 - 175/2008), celui-ci n'a pas violé le droit fédéral en allouant, par décision du 25 mars 2019, une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2013.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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.

c) 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 25 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Q._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Q. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :