

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

MM. Bidiville et Monod, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Rachel Debluë, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de forestier-bûcheron obtenu en 1985, a œuvré dans différents secteurs (notamment dans le domaine forestier mais également comme manœuvre, cariste, paysagiste, jardinier ou carreleur) en alternance avec des périodes d'inactivité. Le 19 janvier 2003, il a été engagé en qualité d'employé d'exploitation par l'entreprise de remontées mécaniques [...] - R._____.

Dans ce contexte, le 12 février 2003, l'assuré avait été victime d'une chute à ski. Présentant une fracture comminutive bitubérosaite du tibia proximal droit, il a été pris en charge à l'Hôpital N._____, où il a bénéficié le jour même d'une stabilisation du tibia proximal à l'aide d'un fixateur externe pontant le genou, ainsi que d'une fasciotomie des quatre loges de la jambe droite. Il a été transféré le 6 mars 2003 au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier J._____), où il a subi le 20 mars 2003 une ostéosynthèse du tibia proximal droit avec ostéotomie tibiale de valgisation en dôme de 20°, réinsertion de la corne antérieure du ménisque externe droit et ostéotomie puis ostéosynthèse de tubérosité tibiale antérieure droit, avant de retourner à domicile le 31 mars 2003. Dans ce contexte, une lettre de sortie a été établie le 16 avril 2003 par le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier J._____, indiquant en particulier que l'assuré présentait des comorbidités sous forme d'une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH ou HIV), d'une hépatite C et d'une ancienne toxicomanie.

b) Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Par envoi du 16 septembre 2003, le Dr H._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier J._____, a adressé au Dr K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, un compte-rendu relatif à une consultation du 8 septembre précédent, signalant qu'une orthèse avait été prescrite et

estimant que l'assuré serait à même de retravailler dès le 1^{er} janvier 2004 dans une compagnie s'occupant des pistes mais sans skier.

Le 9 octobre 2003, l'assuré a été examiné par la Dresse P._____, agissant en tant que remplaçante du médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport du même jour, la Dresse P._____ a notamment relevé que persistaient des douleurs mécaniques, ainsi que certains éléments d'instabilité notamment antéro-postérieurs. Elle a précisé que si la capacité de travail restait nulle dans une activité de force (telle que bûcheron, ouvrier dans le bâtiment ou la démolition, pisteur), une reprise à 50% pouvait en revanche être envisagée dès le 1^{er} janvier 2004 dans un travail léger et semi-sédentaire - étant souligné que la difficulté, dans le cas de l'assuré, reposait sur les problèmes sociaux et l'instabilité professionnelle antérieure. Elle a ajouté qu'un stage à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V._____) avait été proposé mais que l'assuré s'y était refusé. Selon la Dresse P._____, il était possible qu'une comorbidité d'ordre psychologique ou psychiatrique entrave d'éventuelles mesures de réadaptation. Toutefois, les autres affections - soit l'hépatite C, la notion de séropositivité dont on ignorait le stade actuel, ainsi que la toxicodépendance - pouvaient également être des facteurs limitatifs d'autant plus que l'intéressée, qui se déclarait fréquemment anxieux, prenait régulièrement du Tranxilium, du Remeron ou du Dormicum.

L'assuré étant revenu sur sa position quant à la mise en œuvre d'un stage, il a ainsi été admis le 18 novembre 2003 au Service de réadaptation générale de la Clinique V._____. Le 5 décembre 2003, dite clinique a néanmoins fait parvenir à la CNA un avis de sortie dont il résultait que le séjour de l'intéressé avait pris fin de manière prématurée le 1^{er} décembre 2003 pour motif disciplinaire (non-respect des horaires). Dans leur rapport de synthèse du 17 décembre 2003, les Drs S._____ et Z._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant au Service de réadaptation générale de la Clinique V._____, ont retenu les diagnostics de fracture comminutive bitubérositaire fermée du tibia proximal droit le 12 février 2003, ostéosynthésée, et de syndrome des

loges traité par fasciotomie le 12 février 2003. A titre de comorbidités, ils ont signalé un VIH positif depuis 1990 (non traité), une hépatite C non traitée ainsi qu'une toxicomanie à la cocaïne et anciennement à l'héroïne. Les Drs S. _____ et Z. _____ ont par ailleurs observé ce qui suit :

"APPRECIATION ET DISCUSSION :

A l'admission, M. F. _____ se plaint de lâchages du genou à la marche et en descente surtout lorsqu'il ne met pas d'orthèse. Lors du port de l'orthèse il décrit surtout des douleurs distales au niveau du tibia aggravées par un œdème prenant le godet.

[...]

Au status, M. F. _____ a une boiterie droite, on note une diminution du temps d'appui à droite, il a des difficultés à marcher sur les pointes des pieds et des talons. On note une atrophie quadricipitale importante, une laxité antérieure et interne et une limitation fonctionnelle en flexion d'environ 15° à 20° par rapport au côté sain avec une rétraction des droits antérieurs ddc. L'axe bimalléolaire est symétrique. On note un raccourcissement de 2 cm du fémur et du tibia droits par rapport au MIG.

[...] Les RX des longs axes des MI du 19.11.03 montrent un matériel d'ostéosynthèse en place sans signe de résorption osseuse. A noter un aspect irrégulier du plateau tibial antérieur droit, un raccourcissement d'environ 2 cm à droite et un angle de déviation corrigé de 3° en varus à droite et de 2° en varus à gauche. La cheville droite montre une légère déminéralisation sans atteinte sous-chondrale, n'évoquant pas a priori d'algoneurodystrophie. Présence d'un ossicule accessoire situé inférieurement à la malléole externe droite.

Le consilium psychiatrique du 19.11.03 confirme un syndrome de dépendance à plusieurs substances et a pour but de fixer les objectifs d'abstinence en accord avec les règles de notre Clinique. On poursuit le traitement de Tranxilium 20 mg le soir et Remeron 30 mg 1 cp.

[...]

Le séjour du patient a dû être écourté en raison d'un manque de discipline de celui-ci : non[-]respect des horaires d'entrée à la Clinique le dimanche soir (M. F. _____ est venu à deux reprises le lundi matin, malgré nos recommandations). [...]

[...] M. F. _____ ne pourra probablement plus travailler comme bûcheron. Le Dr H. _____ espère une reprise de travail début janvier 2004 à 100 % comme pistard mais avec un poste statique en bas ou en haut d'un télésiège. La situation ne semble pas encore stabilisée et le patient a encore des progrès à faire en ce qui concerne la stabilité du genou et la force musculaire du quadriceps. Etant donné l[a] brièveté du séjour à la Clinique V. _____ nous n'avons pas pu évaluer le patient aux ateliers professionnels.

Il nous semble possible à partir de janvier de redonner une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité légère et semi-sédentaire. M. F. _____ n'a pas encore fait des démarches pour retrouver un emploi éventuel à partir de janvier comme surveillant de télésiège. De nombreux facteurs défavorables psychosociaux sont susceptibles d'interférer chez ce patient avec la reprise d'une activité professionnelle.

CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE PISTARD ET DE BUCHERON :

0 % du 1.12.03 au 4.01.04 à réévaluer ensuite."

Après avoir examiné l'assuré le 9 janvier 2004, le Dr K. _____ a retenu dans un rapport du même jour que, sur le plan médico-théorique, la reprise du travail était certainement possible à plein temps dans un travail de surveillance de télésiège à un poste statique, en bas ou en haut du télésiège. Dans le dernier travail exercé avant l'accident, il a estimé que l'on pouvait admettre une capacité de travail de 50%, soulignant toutefois le contexte psycho-social difficile de l'assuré. Il a dès lors formellement fixé la reprise médico-théorique à 50% au 1^{er} février 2004.

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 15 mars 2004 adressé à la CNA, le Dr H. _____ a indiqué que la fracture était consolidée et qu'une reprise d'activité était possible à 50% dans un emploi adapté à compter du 15 mars 2004.

A teneur d'un nouveau rapport d'examen du 18 juin 2004, la Dresse P. _____ a exposé que des douleurs persistaient principalement en région rotulienne avec une sensation d'instabilité à la marche et que le status clinique confirmait la persistance d'une hypo-myotrophie significative, des signes d'instabilité du genou et une limitation de la flexion superposable à celle constatée à la Clinique V. _____. Elle a relevé que dans les métiers physiques tels que celui de bûcheron, de jardinier-paysagiste ou dans les métiers de la démolition, la capacité de travail était réduite à 50% depuis le 1^{er} février 2004. Concernant les limitations fonctionnelles, elle a indiqué que le port de charges était réduit à 10-15 kg et qu'il y avait lieu d'éviter le travail à genoux, sur un terrain instable, des sols mouillés, des échafaudages et des échelles, ainsi

qu'avec des marches d'escalier. Dans la limite de ces restrictions, la Dresse P._____ a considéré qu'une pleine capacité de travail pouvait être attestée sur le plan médico-théorique, depuis janvier 2004 en référence au rapport de la Clinique V._____. Elle a ajouté que l'assuré estimait certes impossible de travailler en milieu clos et fermé pour des raisons psychologiques mais que des limitations fonctionnelles liées à une comorbidité psychiatrique dépassaient le cadre assécurologique de la CNA.

Par rapport du 1^{er} novembre 2004, le Dr H._____ a notamment évoqué une prochaine ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le 20 janvier 2005, il a signalé qu'un bilan sanguin préopératoire avait montré un niveau de plaquettes trop bas pour que l'intervention projetée puisse être réalisée, l'assuré ayant cependant quitté l'hôpital avant la fin du bilan spécialisé.

Aux termes d'un rapport d'examen médical final du 24 mai 2005, le Dr K._____ a estimé qu'à la lumière des seules séquelles de l'accident du 12 février 2003, l'assuré pourrait théoriquement mettre en valeur une pleine capacité dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire n'exigeant pas la position debout prolongée, les déplacements fréquents ni la marche en terrain régulier. Toujours le 24 mai 2005, le Dr K._____ a procédé à une estimation de l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré, évaluée à 15%.

Sur la base de cette appréciation, la CNA, par décision du 4 janvier 2006 (ultérieurement rectifiée le 21 février 2006 s'agissant du gain assuré), a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2005 fondée sur une incapacité de gain de 31%, en raison des séquelles de l'accident du 12 février 2003. Elle lui a en outre alloué une indemnité de 16'020 fr. pour atteinte à l'intégrité de 15%.

c) Entre-temps, le 30 mars 2004, F._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), eu égard à l'atteinte à la jambe droite occasionnée des suites de l'accident du 12 février 2003.

Aux termes d'un rapport du 13 mai 2004 destiné à l'OAI, le Dr H._____ a retenu que l'atteinte précitée était incapacitante, au même titre que l'infection au VIH non traitée, l'hépatite C non traitée, ainsi que la toxicomanie à la cocaïne et anciennement à l'héroïne, avec persistance d'un « *syndrome de polydépendance aux toxicomanies* ». Il a précisé que, depuis l'accident, l'assuré - dont l'état de santé était stationnaire - se trouvait dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle de type bûcheronnage ou pisteur. Selon le Dr H._____, il y avait lieu d'octroyer à l'intéressé une rente AI complète durant une période d'optimisation de la prise en charge psychiatrique, après quoi une formation professionnelle adaptée serait, le cas échéant, proposée en vue d'un emploi probablement à mi-temps, dans une activité sédentaire avec alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 15 kg et sans travaux intellectuels trop poussés. A l'échéance de cette formation, la rente entière pourrait alors être réduite à une demi-rente.

Le 12 octobre 2004, le Dr H._____ a écrit à l'OAI que l'assuré ne pourrait jamais reprendre une activité professionnelle, respectivement qu'il pourrait peut-être avoir une activité à 50% dans un travail léger pour autant qu'il trouve un tel emploi compte tenu de sa formation.

Faisant suite à un avis de son service médical du 31 mars 2005, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport établi le 17 juillet 2006 par le Dr W._____ - en collaboration avec M._____, psychologue FSP et neuropsychologue - avait notamment la teneur suivante :

"4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Depuis quand sont-ils présents ?

Argumentaire

L'absence de symptômes psychiatriques majeurs ainsi que la confrontation du tableau clinique à l'expérience médicale de l'expert hors contexte asséculo-logique ne permettent pas à ce dernier de retenir un diagnostic psychiatrique au sens des manuels médicaux

reconnus, l'ICD-10 ou le DSM-IV, ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Diagnostic différentiel

Nous nous sommes demandé si Monsieur F. _____ ne présentait pas des signes appartenant à la symptomatologie dépressive. Pour ce faire, au moins deux des trois critères majeurs de la dépression selon l'ICD-10 auraient dû être présents, ce qui n'est pas le cas. L'assuré est traité actuellement par de la méthadone 22 ml, du Tranxilium® (clorazépate dipotassique) 20 mg 2 x/jour, du Remeron® (mirtazapine) 1 cp au soir et du Sintrom® (acénocoumarol). L'interaction d[e] ces différentes médications chez un patient ex-toxicomane peut mimer les signes de dépression sans pour autant être un élément dépressif.

Au sens de l'ICD-10

Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Argumentaire

Monsieur F. _____ présente de longue date une toxicomanie primaire dont l'origine est probablement à attribuer à une déficience endogène chez un grand sportif. Aussi, cet assuré héroïnomanie traité par méthadone consomme encore de l'alcool, de la cocaïne et du cannabis.

Au sens de l'ICD-10

- F11.22 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale [dépendance contrôlée].
- F10.1 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé.
- F14.26 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie).
- F12.25 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Monsieur F. _____ est un homme de 40 ans faisant moins que son âge. Sa présentation correspond à ce que l'on est en droit d'attendre d'un homme qui fut toxicomane. Il présente des traits de personnalité passifs-agressifs et immatures.

L'intéressé est un homme volontaire et actif qui agit avec intérêt dès qu'il trouve du plaisir dans une activité. Cependant, ses traits de personnalité immatures et passifs-agressifs le poussent à ne faire que ce qu'il a envie de faire. Il évite toute activité proactive ou encore toute stratégie d'adaptation aux règles. Cela lui permet de faire ce qu'il veut quand il le veut. Il peut alors faire du patin, du vélo, ou encore se rendre en pique-nique avec son amie, selon ses limitations physiques fonctionnelles. Il accepte l'idée de reprendre une activité professionnelle si et seulement si celle-ci est extérieure et qu'elle correspond à son niveau d'éducation de détenteur de

Certificat Fédéral de Capacité : « *J'ai pas fait un CFC pour en arriver là, être manoeuvre toute ma vie, pas plongeur, pas serveur* ».

Il ne se voit pas sévèrement lésé et les seules réelles limitations qu'il nous est possible de mettre en exergue concernant le manque de motivation à l'activité non ludique.

Associées à des traits de personnalité immatures et passifs-agressifs, l'exploré présente une éthylo-dépendance et une toxicomanie à la cocaïne et au cannabis. Il est en phase de sevrage de l'héroïne, traité par substitution à la méthadone. L'interaction des multiples dépendances sur les traits de personnalité immatures et passifs-agressifs est de nature à majorer le dysfonctionnement socioprofessionnel, forçant encore un peu plus Monsieur F. _____ à n'agir que dans les situations où il désire évoluer et à éviter toute situation qui ne lui apporte pas une satisfaction immédiate.

Un retour professionnel dans un univers qui ne correspondrait pas à ses aspirations, le forçant à respecter un horaire et ne lui permettant pas d'obtenir régulièrement un bénéfice immédiat lors de la tâche, est contraire aux attentes et à l'ego de cet homme qui a alors meilleur temps de rester inapte et invalide à l'activité professionnelle plutôt que de reprendre une activité professionnelle non désirée et n'évoluant pas dans le sens de ses propres aspirations.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan physique

Bien que l'assuré ne reconnaisse qu'un potentiel limité, une capacité de travail objective demeure. Rappelons que Monsieur F. _____ est un homme sportif qui peut encore faire du patin, du vélo ou aller se balader.

Au plan psychique et mental

[...] l'évaluation du retentissement psychique et mental du status neuropsychiatrique particulier de la personne examinée s'analyse à travers deux domaines-clés que sont :

Les facultés de compréhension et de mémoire : L'exploré présente une altération des rendements mnésiques qu'il est difficile d'expliquer, mais qui est probablement en lien avec la polytoxicomanie. Bien que les rendements soient partiellement altérés, le fonctionnement mnésique ne l'est pas suffisamment pour qu'il prévienne Monsieur F. _____ de garder en mémoire les fonctions rattachées à un poste de travail. Il n'y a pas de dysfonctionnement langagier, ce qui signifie qu'il va pouvoir comprendre et mémoriser des instructions courtes, simples ou détaillées concernant sa future activité professionnelle.

Les capacités de concentration et de persévérance : L'assuré ne présente pas de dysfonctionnement exécutif majeur permettant d'expliquer une incapacité à exécuter des instructions courtes, simples ou détaillées dans un ordre précis. Il peut maintenir sa concentration et son attention focalisées sur des périodes étendues.

Il peut accomplir des tâches dans un programme donné sans erreur planifiée. L'absence de motivation à l'exercice professionnel n'est pas suffisante pour expliquer un haut taux d'absentéisme. Aussi, il peut maintenir une présence régulière et une heure d'arrivée dans les limites des tolérances habituelles. Il n'a pas besoin de supervision spéciale et peut travailler proche d'autres personnes sans être distrait.

Au plan social

[...] l'évaluation du retentissement social du status neuropsychiatrique particulier de la personne examinée s'analyse à travers deux domaines-clés que sont :

Les capacités d'interactions : Il n'y a pas de dysfonctionnement exécutif majeur permettant d'expliquer une impossibilité à interagir de manière adéquate avec une population générale. Certes, l'exploré présente une allure physique compatible avec celle qu'on est en droit d'attendre chez les personnes qui ont fréquenté le milieu de la dépendance. Il peut accepter des instructions et répondre de façon adéquate aux critiques de ses pairs ou encore de ses supérieurs hiérarchiques. Il n'y a pas de psychopathologie sous-jacente qui permettrait d'éviter à Monsieur F. _____ de s'entendre de façon adéquate avec ses collègues. Il peut maintenir des comportements sociaux appropriés et adhère aux normes de la propreté et d'une présentation soignée mais marginale.

La capacité d'adaptation : Il peut répondre de façon appropriée à un changement soudain dans l'organisation de son travail et reste conscient des risques usuels et des précautions appropriées inhérentes à son activité physique.

En conclusion, Monsieur F. _____ présente une personnalité passive-agressive et des traits de personnalité immatures qui, lorsqu'il est sous psychotropes, sont exacerbés et réduisent toute activité quelle qu'elle soit. Sa personnalité le force à obtenir une récompense immédiate dans un travail à forte valorisation narcissique. Il envisage alors un certain prestige professionnel, mais n'accepte pas les contraintes inhérentes à sa tâche. Sa présentation physique est légèrement marginale, ce qui le force à éviter tout contact avec une clientèle exigeante courante. Il va de soi que cette remarque reste d'actualité uniquement pour une activité professionnelle normalisée et non dans un contexte d'emploi lui aussi marginal (par ex. disquaire spécialisé).

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Pour l'heure, il n'y a pas de diagnostic ayant une répercussion sur l'activité professionnelle. Cependant, on relève la présence d'une polytoxicodependance associée à des traits de personnalité immatures et passifs-agressifs. Dans ce cas de figure, les comportements d'addiction de l'intéressé ont généré une exacerbation importante de sa personnalité. Appréciant l'activité physique et la satisfaction immédiate, il décide de vivre sa vie comme bon lui semble et n'accepte pas l'idée de devoir faire des concessions.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

En l'état actuel des choses, Monsieur F. _____ ne présente pas de limitation à la capacité de travail, tant sur le point de vue énergétique que relationnel ou de la concentration, tel qu'il est ressorti lors des différents examens effectués lors de la journée d'expertise. Cela signifie qu'une activité à 100%, soit huit heures par jour, peut être envisagée de sa part.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

D'un point de vue purement psychiatrique, l'activité de bûcheron, de cariste, de pistard, de jardinier, de paysagiste, de carreleur, etc. reste exigible de sa part.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Une diminution du rendement tout au plus de 15% peut apparaître pour l'heure, tant que l'intéressé reste dépendant, pharmacologiquement parlant.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

D'un point de vue purement psychiatrique, on ne peut pas relever au moins 20% d'incapacité de travail.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il n'y a pas d'évolution, Monsieur F. _____ ne présente pas d'incapacité de travail.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSURE EST-IL CAPABLE DE S'ADAPTER À SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ?

Oui. L'exploré peut s'adapter à son environnement professionnel pour autant que celui-ci soit adapté. En raison d'un éthylysm, l'insertion sociale n'est pas impossible, [...].

Monsieur F. _____ est un homme dans la quarantaine qui, apparence comprise, est intelligent et neurocognitivement plus sain qu'il aurait pu l'être. Ce dernier a les compétences cognitives nécessaires pour acquérir puis exercer une tâche lucrative.

L'apparence externe marginale du patient peut être une entrave professionnelle dans la mesure où il a affaire à une clientèle qui, elle, ne serait pas marginale. Dans la mesure où ce dernier n'a pas affaire à une clientèle ou alors à une clientèle particulière, son allure ne sera plus une entrave à l'adaptation à l'environnement professionnel.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DES CRITERES SUIVANTS :

La possibilité de s'habituer à un rythme de travail

L'aptitude à s'intégrer dans un tissu social

La mobilisation des ressources existantes

Oui. Monsieur F. _____ a la capacité de s'habituer à un rythme de travail à raison de huit heures par jour, soit 100%. En raison de ses traits de personnalité, le travail devra être continu et calme, offrant des bénéfices rapides. Un cadrage particulier risque d'être nécessaire afin que l'assistant social parvienne à définir avec l'intéressé une activité qui lui plaise sincèrement pour qu'il ne la mette pas en échec comme il risque de le faire en raison de sa passive agressivité.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRESENT ?

2.1 Si oui, par quelles mesures (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) ?

Oui. Il est possible d'améliorer la compétence de travail de Monsieur F. _____.

Concernant les consommations de substances, selon des *guidelines* fiables et récents, un programme garantissant l'abstinence est une priorité du traitement [...].

2.2 Quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Il est difficile de se prononcer pour l'heure. Si la compliance est de bonne qualité et s'il est possible de passer outre les traits de personnalité passifs-agressifs et immatures en trouvant une activité professionnelle qui intéresse l'assuré, de telles mesures devraient lui permettre d'exercer sa capacité de travail normalement, c'est-à-dire à 100%, soit huit heures par jour.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Dans la mesure où l'intéressé effectue des activités professionnelles dans un établissement qui ne fait pas office d'hôtellerie, celui-ci ne sera pas mis en confrontation avec la possibilité de consommer de l'alcool. Il en est de même pour la prise de drogue.

Une activité cadrée par un chef compréhensif doit être effectuée. En règle générale, les individus passifs-agressifs approchent la majeure partie des situations professionnelles en signalant que celles-ci leur sont indifférentes. Ils se trouvent alors être fortement conciliants avec toutes les tâches qu'on leur demande de faire. Ils n'en sont pas moins des individus qui cherchent inconsciemment à obstruer l'avancée naturelle de l'entreprise et génèrent une frustration en arrêtant le développement normal en mettant en exergue des messages mixtes et non spécifiques d'attente et de non-désir [...]. Ces personnalités peuvent être dangereuses pour les relations interpersonnelles professionnelles car le sujet est contre-productif lorsqu'il est confronté à lui-même. Les conséquences concernent un ralentissement des processus professionnels, voire au pire une paralysie du flux d'activité, ce qui peut être grave de conséquences

tant sur le plan financier que psychologique pour le superviseur ou l'employeur.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

Pour raison psychiatrique, l'activité adaptée peut être exercée à raison de huit heures par jour, soit 100%.

3.3 Y a-t-il diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non. Dans la mesure où les traitements auront été efficaces, que le poste aura été adapté et que la compliance pharmacologique sera respectée, le rendement professionnel de Monsieur F. _____ ne sera pas diminué.

[...]"

Dans un rapport d'examen du 18 octobre 2006 se fondant sur les conclusions des Drs P. _____ et W. _____, le Dr T. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de séquelles d'une fracture comminutive bitubérositaire fermée du tibia associée à un syndrome des loges, avec une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« *gros efforts avec le MID, marche prolongée en terrain irrégulier ou en pente, montées régulières d'échelles ou d'échafaudages. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations au sens propre du terme, si ce n'est sa polytoxicodépendance* »). Le Dr T. _____ a plus particulièrement estimé que l'assuré ne présentait pas de maladie psychiatrie invalidante ni de restrictions l'empêchant de travailler, que toute activité respectant les limitations fonctionnelles liées à sa jambe était donc exigible à 100% et que, s'il n'avait pas repris de travail jusqu'à maintenant, ce n'était pas pour des raisons médicales mais pour des raisons qui lui étaient propres.

Par décision du 5 septembre 2007, confirmant un projet du 4 juillet 2007, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. L'office a retenu que si l'intéressé ne pouvait plus exercer son ancienne activité qu'à 50%, il disposait en revanche d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, l'OAI a évalué le taux d'invalidité de l'assuré à 9.99%. Observant qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente

d'invalidité et que le droit au reclassement présupposait un manque à gagner durable de 20% au moins, l'office a dès lors rejeté la demande de prestations.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

B. En date du 7 octobre 2010, l'OAI a indexé une nouvelle demande de prestations aux termes de laquelle l'assuré sollicitait l'octroi d'une rente en raison d'une fracture du plateau du tibia droit. Le formulaire transmis à cet effet ne comportant ni date ni signature, l'office l'a donc retourné à l'intéressé qui l'a renvoyé dûment daté et signé le 3 novembre 2010.

Dans ce contexte, a été produit un compte-rendu établi le 14 juin 2010 par le Dr H._____. Il en résultait que l'assuré présentait des séquelles fonctionnelles au niveau du genou droit, des lombalgies chroniques sévères sur une scoliose et une discopathie sévère L3-L4, ainsi qu'une discrète bascule du bassin sur un raccourcissement du membre inférieur droit. Pour le Dr H._____, l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer l'activité de bûcheron et ne pouvait plus travailler à 50% dans des emplois semi-lourds avec port de charges et terrain inégal. La capacité théorique de travail dans un emploi adapté était en outre évaluée entre 25 et 30%, étant précisé que faute de formation et « *pour des raisons orthopédiques et autres* », il était quasiment impossible pour l'assuré de retrouver une activité lucrative à 25-30%.

Interpellé par le SMR, le Dr H._____ a établi un compte-rendu le 23 novembre 2010, exposant que la situation de l'assuré se péjorait depuis 2005 en ce sens que celui-ci avait une peau toujours plus précaire, qu'il était pris en charge pour son syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) avec un traitement de fond mais qu'il gardait des CD4 inférieurs à 300 et qu'il présentait des lombalgies qui s'aggravaient et des douleurs au genou qui augmentaient. A cela s'ajoutait qu'un bilan radiologique avait mis en évidence une discopathie sévère L3-L4 et qu'un bilan radiologique du genou effectué en juin 2010 évoquait une évolution

vers une arthrose externe post-traumatique. Du point de vue fonctionnel, le Dr H._____ a souligné que l'assuré était gêné par une instabilité à la limite dans le plan frontal, avec un genou ayant tendance à se décoapter un peu à la marche, et par des lâchages antalgiques dans le plan sagittal, liés à ses douleurs et à un début d'insuffisance du quadriceps. Pour ce médecin, il s'ensuivait que tout travail de force était impossible chez l'assuré.

Par rapport du 30 décembre 2010, la Dresse B._____, médecin interniste traitant depuis 1990, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité travail d'instabilité du genou droit avec séquelles d'une fracture bitubérosaite du tibia droit ostéosynthésée et status après fasciotomie pour syndrome des loges (depuis 2003), de trouble de la personnalité de type borderline et trouble de l'adaptation avec retrait social et perturbation des conduites (depuis plus de vingt ans), de dépendances multiples anamnestiques à l'héroïne, cocaïne, alcool et cannabis (depuis 1985 environ), de séropositivité non traitée depuis 1988 et de thrombopénie sur VIH. En guise de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a signalé une hépatite C non traitée et un psoriasis. La Dresse B._____ a indiqué que le pronostic était mauvais compte tenu du trouble de la personnalité, des séquelles orthopédiques et de la séropositivité non traitée. Elle a par ailleurs mentionné des restrictions sous forme d'une impossibilité à effectuer des travaux lourds nécessitant une stabilité des membres inférieurs. S'agissant des mesures de réadaptation, cette praticienne a estimé qu'il est possible que l'état général puisse être amélioré par une trithérapie, que le patient avait toujours refusée jusqu'à maintenant. Concernant la capacité d'adaptation, la Dresse B._____ a relevé que l'assuré était sujet à des difficultés relationnelles, qu'il avait de la peine à supporter les contraintes sociales et qu'il présentait une fatigabilité accrue, ainsi qu'une incapacité à solliciter son genou et son dos de façon prolongée.

En date du 4 mars 2011, la Dresse B._____ a transmis divers documents médicaux à l'OAI, dont un rapport du Service d'angiologie du Centre hospitalier J._____ établie le 15 mai 2008, diagnostiquant

notamment un status après thrombose veineuse profonde (TVP) à répétition en 1993, 2006 et 2007 dans un contexte secondaire chez un patient toxicomane avec consommation toujours active par injection, et précisant qu'il persistait un thrombus résiduel séquellaire au niveau des veines fémorale, superficielle et poplitée haute cinq mois après la dernière thrombose, sans occlusion complète des veines incriminées chez un patient relativement peu asymptomatique [sic], aucune mesure thérapeutique autre que le port d'une compression élastique n'étant prévue. La Dresse B._____ a également produit un compte-rendu du 24 février 2010 intitulé « *Suivi HIV* » et validé par O._____ et le Dr N._____, respectivement responsable scientifique et médecin référent aux Laboratoires de la Clinique A._____, faisant notamment mention d'un taux de CD4 de 304 cell./mm³ au 15 février 2010 et préconisant de nouveaux tests dans les quatre semaines avec, en cas de confirmation, indication à l'introduction d'un traitement antirétroviral.

Toujours le 4 mars 2011, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique réalisé par le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique-rééducation, du SMR. Dans son rapport du 13 mai 2011, ce médecin a en particulier relevé ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **DERMO-HYPODERMITE INFECTIEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE, DANS LES SUITES D'UNE MORSURE DE CHIEN L08.0**
- **INSTABILITÉ DU GENOU DROIT, DÉBUT DE GONARTHROSE EXTERNE DANS LES SUITES D'UNE FRACTURE PROXIMALE DU TIBIA DROIT OSTÉOSYNTHÉSÉE**
- **LOMBALGIES CHRONIQUES DANS UN CADRE DE DISCOPATHIE SÉVÈRE L3-L4**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **AUCUN**

APPRÉCIATION DU CAS

Lors de l'entretien, Monsieur F._____ explique avoir fait une activité professionnelle à temps très partiel il y a un an et demi pendant trois mois, il s'occupait de l'entretien de jardins de

propriétés, faisait également des petites réparations chez des particuliers, ce travail lui avait été proposé par le service social. L'assuré n'a pas été capable de continuer suite à ses problèmes de santé.

[...]

L'assuré nous informe avoir été mordu par un chien il y a 5 semaines alors qu'il se trouvait en Thaïlande, il a consulté la Dresse B. _____ son médecin traitant, qui l'a adressé au Centre hospitalier J. _____ pour une vaccination rabique, le vaccin n'a pas été réalisé. L'assuré n'a pas l'impression d'avoir de la fièvre.

En ce qui concerne sa séropositivité HIV, Monsieur F. _____ est suivi par la Dresse B. _____, avec une prise de sang tous les six mois. Comme infections, l'assuré a fait une bronchopneumonie à la fin des années 80 et une infection cutanée à staphylocoques au niveau de la cuisse gauche il y a deux ans.

L'assuré n'a pas de suivi psychiatrique, il parle de ses problèmes avec la Dresse B. _____, cette dernière lui prescrit du Tranxilium® 40 mg/jour, du Remeron® 1 cp/soir. L'assuré dit avoir stoppé les injections de cocaïne il y a deux ans ; il est sous substitution de méthadone.

[...]

A l'examen clinique, nous constatons un assuré de 44 ans en état général moyen, il a une hygiène défectueuse, il est ralenti, a des troubles de la concentration. Il est fébrile à 38,5 degrés, n'a pas de frissons lors de l'examen, la tension artérielle est plutôt légèrement élevée avec des valeurs de 146/98mmHg, l'assuré est tachycarde à 100 puls/min. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité. Nous constatons au MIG une plaie de 2 x 1 cm de diamètre, avec un halo inflammatoire, une augmentation du volume de la jambe de 2 cm, avec des tissus mous qui sont indurés, ceci évoquant une dermo-hypodermite infectieuse. L'assuré n'a pas d'adénopathie au niveau inguinal. Au vu de la nécessité d'effectuer des soins rapidement avec un avis aux urgences du Centre hospitalier J. _____, il est procédé à un examen rapide des pathologies potentiellement incapacitantes décrites dans l'avis médical du médecin SMR.

L'examen neurologique ne montre pas de déficit systématisable, l'assuré a des difficultés en flexion-extension des orteils à G en raison de douleurs au niveau des tissus mous. Il est instable à la manœuvre de Romberg mais sans chute, il n'y a pas de franche polyneuropathie aux membres inférieurs en relation avec une atteinte HIV.

Il est retrouvé une mobilité symétrique au niveau des genoux avec une extension complète, une distance talon-fesse de 6 cm, symétrique à la G, la mobilisation du genou est indolore. L'assuré a un léger épanchement à D avec un signe du flot positif. Nous n'avons pas de laxité antéropostérieure ; nous n'avons pas testé spécifiquement la stabilité latérale ; l'assuré a une douleur sur le compartiment externe D à la palpation. Il a une légère amyotrophie

de la cuisse D, l'amyotrophie est moins marquée que celle décrite antérieurement dans le dossier. Il n'y a pas de tuméfaction de la cheville G pour une arthrite, la mobilisation de la cheville G est douloureuse au niveau du tissu mou.

L'assuré a des troubles statiques du rachis, avec une bascule modérée du bassin sur la D et des épaules sur la G, une légère gibbosité persistant en flexion du tronc, de 1 cm en D11 gauche ; dans le plan sagittal, il y a un relâchement de la sangle abdominale, un effacement de sa lordose. L'assuré n'a pas d'attitude antalgique au niveau du rachis. La palpation des trois derniers étages lombaires est légèrement douloureuse, avec une contracture paravertébrale G. La mobilité est subtotale en flexion et en extension, légèrement douloureuse en flexion. Au vu de la mobilité constatée, de la gestuelle spontanée, nous excluons un syndrome rachidien. Il n'y a pas de sciatalgie irritative.

L'assuré vient avec comme seuls documents radiologiques les radiographies de son genou et de sa jambe droite de 2008 ; l'ostéosynthèse est toujours en place, il n'y a pas de défaut d'axe, l'assuré a comme le mentionne le Dr H. _____ a un léger pincement du compartiment externe, il n'y a pas de sclérose ni d'ostéophytose ; il s'agit d'une gonarthrose débutante. Nous n'avons pas les derniers clichés de 2010 du genou ; le Dr H. _____ dans son rapport du 23 novembre 2010 explique qu'il n'y a pas de nouveaux signes d'arthrose par rapport aux contrôles précédents, sur le schuss on peut voir qu'il y a un pincement externe qui évolue gentiment vers une arthrose externe post-traumatique.

L'assuré vient sans ses radiographies du rachis. Le Dr H. _____ décrit une discopathie sévère L3-L4. Avec les éléments à disposition, nous ne pouvons pas nous prononcer de façon fine sur l'importance de l'atteinte au niveau rachidien ; d'un côté, le Dr H. _____ atteste une discopathie sévère L3-L4, d'un autre côté, d'une part nous n'avons pas les radiographies, d'autre part, l'assuré n'a pas de syndrome rachidien ; la problématique claire à l'examen de ce jour est une infection du MIG dans les suites d'une morsure par chien.

Nous avons pris contact par téléphone avec la Dresse B. _____, médecin traitant. Il a été décidé que l'assuré soit vu aux urgences du Centre hospitalier J. _____, pour confirmer et traiter sa dermo-hypodermite du MIG et procéder à une vaccination antirabique. Au téléphone, la Dresse B. _____ a confirmé être interniste et non pas rhumatologue. Je lui ai demandé de faire parvenir à l'assurance-invalidité les consultations récentes et prises de sang récentes concernant l'assuré, afin d'avoir les éléments à disposition pour se prononcer.

De façon globale, l'état de santé de Monsieur F. _____ rend illusoire une réorientation professionnelle, comme l'annonce également le Dr H. _____. La complexité du cas nécessite une expertise pluridisciplinaire, avec un avis internistique concernant l'atteinte HIV, un avis psychiatrique (troubles de la personnalité et de l'adaptation, dépendance aux toxiques) et un complément d'examen rhumatologique une fois l'atteinte infectieuse du MIG traitée. Nous laissons le soin au médecin de dossier de recueillir les informations concernant le traitement de l'infection actuelle et de

planifier l'examen, avec cette fois-ci les radiographies du rachis lombaire et les radiographies récentes du genou.

Limitations fonctionnelles

Genou droit : pas de travail en terrain inégal, pas de montée-descente d'escaliers, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, assise au-delà d'une heure. Pas de port de charges au-delà de 10 kg[.]

Rachis : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg. Pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, assise au-delà d'une heure[.]

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Pour rappel, au moment de l'accident de 2003, l'assuré était employé d'exploitation à [...]R._____. Initialement, l'incapacité de travail est totale dans cette activité depuis le 12.02.03.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Le médecin-conseil de la SUVA a reconnu une reprise médico-théorique possible à 50% depuis le 01.02.04, une capacité de travail complète dans une activité adaptée lors de l'examen du 24.05. 05.

Dans son courrier du 14.06.10, le Dr H._____ estime que la situation se modifie avec l'apparition de lombalgies chroniques sévères dans un cadre de discopathie sévère L3-L4. Depuis cette date, une activité telle que celle effectuée comme employé d'exploitation à [...]R._____ n'est plus exigible. Les troubles dégénératifs du rachis justifient des limitations fonctionnelles supplémentaires.

L'incapacité de travail est totale dans toute activité depuis l'examen de ce jour, le 4 mars 2011, en relation avec l'infection cutanée du MIG. La situation est à réévaluer dans trois mois. A relever que la problématique ostéoarticulaire passe nettement au deuxième plan derrière l'atteinte générale de l'assuré en relation avec sa toxicodépendance, voire sa séropositivité. Il n'est pas possible sans autre d'estimer que la situation n'a pas progressé au niveau psychiatrique depuis l'expertise du Dr W._____.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE BÛCHERON-FORESTIER : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ D'EMPLOYÉ DANS UNE EXPLOITATION DE REMONTÉE MÉCANIQUE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 0%

DEPUIS LE : 4 MARS 2011, DATE DE LA MISE EN ÉVIDENCE D'UNE DERMOPHYTOSE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE.

A RÉÉVALUER À TROIS MOIS AVEC TOUS LES ÉLÉMENTS À DISPOSITION ET AVEC UNE EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE."

Le 4 juillet 2011, le Dr D. _____ du SMR s'est entretenu par téléphone avec la Dresse B. _____, qui l'a informé que la dermo-hypodermite était guérie.

D'un avis médical SMR du 13 juillet 2011, il est ressorti que le Dr D. _____ avait réexaminé le dossier avec le Dr Q. _____ et qu'il avait été décidé de demander le dernier bilan biologique de l'assuré concernant son VIH et son hépatite C. Des examens radiologiques complémentaires ont en outre été mis en œuvre le 21 juillet 2011. Puis, le 2 août 2011, le Dr Q. _____ a établi un nouvel avis médical dont la teneur est la suivante :

"J'ai vu l'assuré en examen rhumatologique le 04.03.2011. Au terme de l'examen, j'ai retenu comme diagnostic principal incapacitant, une dermo-hypodermite infectieuse du membre inférieur G dans les suites d'une morsure de chien. Comme diagnostic associé incapacitant, j'ai retenu un début de gonarthrose externe D avec une instabilité du genou D dans les suites d'une fracture proximale du tibia ostéosynthésée, ainsi que des lombalgies chroniques dans un cadre de discopathie sévère L3-4. Au moment de l'examen, la dermo-hypodermite du membre inférieur G est au premier plan et nécessite des soins aigus ; l'incapacité de travail est totale dans toute activité.

La dermo-hypodermite a été traitée ce problème est décrit comme guéri (entretien téléphonique du 4.7.11 entre le Dr D. _____ et la Dresse B. _____, médecin traitant).

L'état de santé de l'assuré étant stabilisé, je demande un complément radiologique au niveau des genoux et du rachis, afin de juger l'importance des troubles dégénératifs et de leur évolution par rapport au descriptif fait par le Dr H. _____.

Les radiographies lombaires, effectuées le 21.07.2011, montrent une légère scoliose à convexité D, une bascule du bassin sur la D de 18 mm ; il existe un pincement marqué en L3-4, avec une sclérose des plateaux et une ostéophytose pour une discarthrose ; il existe des troubles dégénératifs postérieurs au même niveau. L'espace L4-5 est légèrement pincé au niveau postérieur. Les articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sont sp. Il n'y a pas de modification par rapport au descriptif de 2010, fait par le Dr H. _____ qui retenait à cette époque une discarthrose sévère.

Les radiographies des genoux du 21.07.2011 mettent en évidence une plaque, de nombreuses vis dans la partie proximale du tibia droit, sans rupture du matériel d'ostéosynthèse ; on visualise un

minime pincement du compartiment externe sans sclérose ou ostéophytose, compatible au vu de l'examen clinique avec une gonarthrose débutante du compartiment externe ; à noter que la gonarthrose du compartiment externe n'est pas relevée par le radiologue. Il existe également une légère gonarthrose fémoro-patellaire D sur les deux facettes articulaires.

Sur le plan rhumatologique, avec le complément d'examen radiologique réalisé, l'atteinte principale à la santé est une lombalgie chronique dans un cadre de discarthrose L3-4. Comme diagnostics associés incapacitants, je retiens également une instabilité du genou D avec un début de gonarthrose du compartiment externe et fémoro-patellaire droits.

On rappellera qu'à l'examen du 04.03.2011, il ressort que l'assuré a des douleurs mécaniques des genoux et du bas du dos. A l'examen clinique, il n'a pas de déficit neurologique, il n'a pas de syndrome rachidien, il a une mobilité subtotale en flexion et en extension au niveau du rachis. Au niveau du genou, il a une légère amyotrophie de la cuisse D, en amélioration par rapport à celle décrite dans le dossier, il a un léger épanchement à D, une extension complète et une flexion symétrique à celle du côté G.

L'atteinte du rachis et du genou D justifient des limitations fonctionnelles (décrites dans mon examen), justifi[a]nt une incapacité totale dans l'activité de forestier-bûcheron ou dans une activité d'employé d'exploitation à [...]R._____. Par contre, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée depuis la guérison de la dermo-hypodermite du membre inférieur gauche. Mes conclusions ne concernent que l'atteinte ostéo-articulaire ; je laisse le soin au Dr D._____, médecin responsable du dossier, d'apprécier l'indication à un complément d'expertise psychiatrique et internistique."

Dans un rapport du 5 septembre 2011, le Dr D._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombalgies chroniques dans un cadre de discopathie sévère L3-L4. A titre de pathologie associée du ressort de l'AI, il a signalé une instabilité du genou droit avec un début de gonarthrose externe dans les suites d'une fracture proximale du tibia droit ostéosynthésée. Comme diagnostics associés étrangers à l'AI, il a mentionné des traits de personnalité immature et passive-agressive, des dépendances multiples anamnestique sous méthadone actuellement, une sérologie VIH positive sans traitement et une sérologie hépatite B et C positives, non traitée. Cela étant, il a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais qu'elle était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr Q._____ dans son rapport du 13 mai 2011. Le Dr D._____ a encore précisé que l'expertise psychiatrique du Dr W._____ avait été discutée avec le

psychiatre G._____, que sa valeur probante avait été confirmée et qu'il n'y aurait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de revenir sur le diagnostic de cet expert, la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique restant entière. Quant au bilan biologique réalisé, il confirmait les diagnostics précités, qui n'avaient actuellement pas de retentissement sur la capacité de travail mais nécessitaient un traitement adapté que l'assuré avait jusqu'alors refusé.

En date du 15 septembre 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations. Dans sa motivation, l'office a retenu que, selon les éléments médicaux versés au dossier, la situation n'avait pas changé depuis la décision du 5 septembre 2007 et que le taux d'invalidité, fixé à 10%, était inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Par écrit du 8 novembre 2011, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, considérant essentiellement que l'office ne pouvait pas se prononcer sans avoir préalablement ordonné une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 8 décembre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 5 septembre 2011, dont il a repris la motivation.

Dans une lettre explicative du même jour, l'office a notamment souligné que l'expertise pluridisciplinaire initialement préconisée par le Dr Q._____ n'avait finalement pas eu lieu dans la mesure où les renseignements manquants avaient été obtenus autrement. A cet égard, l'OAI a relevé que l'incapacité de travail totale retenue depuis l'examen clinique de mars 2011, en raison d'une infection du membre inférieur gauche, avait pris fin au plus tard en juillet 2011, date à laquelle la guérison de cette atteinte avait été signalée à l'office par le médecin traitant de l'intéressé. Par ailleurs, les radiographies effectuées en juillet 2011 avaient permis au SMR de se prononcer à satisfaction sur le plan rhumatologique. A cela s'ajoutait que des bilans biologiques obtenus auprès du Centre hospitalier J._____ permettaient de conclure à

l'absence de diminution de la capacité de travail sur ce plan, une expertise de médecine interne s'avérant ainsi superflue. Enfin, faute d'indice dans le sens d'une modification de l'état de santé psychique, le SMR estimait que les conclusions de l'expertise du Dr W. _____ restaient d'actualité, si bien qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifiait pas. Un complément d'instruction par le biais d'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait donc pas.

C. Par acte du 23 janvier 2012, F. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant (implicitement) à l'annulation de cette décision et, après mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis une date fixée à dire de justice. Préalablement, le recourant sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, il se prévaut en substance d'une capacité résiduelle de travail inexistante dans quelque activité que ce soit au regard de son état de santé sur les plans psychiatrique, rhumatologique et de la médecine interne. Il relève en outre que le Dr H. _____ comme le Dr Q. _____ ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, avis dont le Dr D. _____ s'est écarté sans réelle explication.

En date du 8 mars 2012, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 23 janvier 2012 et désigné Me Roberto Izzo en tant qu'avocat d'office.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 23 avril 2012. Il renvoie pour l'essentiel au rapport d'examen clinique SMR du 13 mai 2011 et aux prises de position subséquentes de ce service des 2 août et 5 septembre 2011, dont il résulte que la capacité de travail du recourant est certes nulle dans l'activité habituelle mais qu'elle est toutefois entière dans une activité adaptée et que le degré d'invalidité qui en découle, de 10%, est insuffisant pour prétendre à une rente d'invalidité. L'OAI se réfère par ailleurs à un avis médical du 11 avril 2012 des Drs D. _____ et AA. _____, du SMR,

se prononçant sur l'absence d'expertise de médecine interne et exposant plus particulièrement qu'une telle mesure ne se justifie pas au regard du dernier bilan biologique réalisé par l'assuré au Centre hospitalier J._____, qui ne montre pas de dégradations biologiques significatives retentissant sur la capacité de travail de l'intéressé.

Aux termes de sa réplique du 27 juin 2012, le recourant confirme ses conclusions. Il sollicite en outre l'appointement d'une audience. L'intéressé fait en particulier valoir que la problématique ne peut être limitée aux seuls problèmes affectant son genou, dès lors qu'il présente un grand nombre d'autres problèmes qui restreignent considérablement sa capacité de travail - tels que relevés par la Dresse B._____, le Dr Q._____ et le Dr H._____. A cela s'ajoute que, depuis deux à trois mois, il souffre également d'anémie.

Dupliquant le 24 juillet 2012, l'intimé maintient sa position. Il estime en résumé que la situation globale du recourant a dûment été prise en compte et que, même à admettre que l'anémie évoquée par l'intéressé soit confirmée médicalement et influe sur la capacité de travail, cet élément demeurerait sans conséquence pour l'issue de la cause puisque postérieur à la date de la décision attaquée.

D. Le 2 février 2014 a été versé en cause le dossier de l'assurance-accidents, dont il ressort notamment que, par communications des 3 octobre 2008 et 1^{er} novembre 2012, la CNA a fait savoir à l'assuré que son droit à la rente ne serait pas modifié. Les parties ont ensuite été invitées à prendre position sur ce dossier - le recourant indiquant ne pas avoir pas de déterminations complémentaires à déposer (cf. courrier du 6 octobre 2014), et l'intimé mettant en avant l'absence d'évolution significative de l'état de santé de l'assuré au regard des deux procédures de révision menées par la CNA (cf. courrier du 7 octobre 2014).

E. En date du 4 décembre 2014, le recourant a produit un rapport de la Dresse B._____ du 24 novembre 2014, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Monsieur F. _____, âgé de 48 ans, vit actuellement seul, avec l'aide de sa mère pour une partie de la gestion de son quotidien. Il a terminé un CFC de bûcheron, métier qu'il a pratiqué de nombreuses années et qui a été un facteur de stabilisation pour lui. Présentant un trouble de la personnalité de type borderline, il est devenu dépendant des drogues dures, et par périodes de l'alcool, depuis l'âge de 19 ans environ. Il est en cure de méthadone depuis 1990, avec une interruption d'environ 2 ans. Par ailleurs, il présente une séropositivité pour le virus HIV depuis 1988, non symptomatique jusqu'en 2010 environ. Depuis fin 2011, il est au bénéfice d'une trithérapie. En outre, il présente une hépatite C actuellement non traitée. Outre ce contexte médical, Monsieur F. _____ a eu plusieurs accidents graves (accident de moto en 1999, fracture compliquée du membre inférieur droit en 2003) et de nombreux problèmes infectieux sévères dont il s'est toujours remis. Sur le plan relationnel, il a divorcé après quelques années de mariage, sans enfant ; il a actuellement une amie avec laquelle il fait quelques voyages ; il a peu de vie sociale, pas beaucoup d'intérêts autres que les jeux vidéo et les voyages ; pour des raisons physiques, il a renoncé au sport, qu'il pratiquait assidûment comme adolescent et jeune adulte.

Concernant sa capacité de travail, qui intéresse actuellement l'Assurance Invalidité, à ma connaissance il n'a plus jamais pu reprendre d'activité lucrative régulière depuis son accident de 2003, qui a entraîné une grave instabilité de son genou, contre-indiquant les activités extérieures lourdes pour lesquelles il est formé. Parallèlement, en raison de complications répétitives infectieuses, vasculaires et traumatologiques, il ne lui a pas été possible de reprendre durablement une autre activité lucrative. Par ailleurs, depuis ces quatre dernières années au moins, parallèlement à l'apparition de signes hématologiques biologiques de sida, il a développé des troubles cognitifs, en particulier mnésiques, ainsi qu'une péjoration de troubles du comportement, aggravant les difficultés relationnelles. Ces troubles nécessitent actuellement l'aide de sa mère pour le respect de ses rendez-vous et plusieurs tâches de la vie quotidienne. Compte tenu des difficultés de concentration et de la dispersion de ce patient, il n'a pas semblé utile à l'infectiologue consultant et à moi-même d'organiser un bilan neuropsychologique, qui semblerait difficilement réalisable et sans conséquence thérapeutique pour Monsieur F. _____.

En tant que médecin traitant de Monsieur F. _____ et pour l'avoir vu évoluer depuis plus de 20 ans, même s'il est clair depuis plusieurs années pour l'orthopédiste que les travaux lourds ne sont plus possibles pour lui, ce sont surtout actuellement ses troubles de la personnalité, de l'adaptation et cognitifs qui me paraissent rendre irréaliste la possibilité d'une activité professionnelle, même à temps partiel."

Le 19 décembre suivant, le recourant a produit un rapport du Dr H. _____ du 15 décembre 2014. Ce dernier y expose que le problème majeur est en l'espèce le SIDA, actuellement traité par trithérapie avec

des leucocytes en augmentation aux dires du patient. Le Dr H. _____ mentionne par ailleurs un genou droit pré-arthrosique interne douloureux à l'effort et une tendance à l'instabilité sur le plan frontal du genou en varus pouvant entraîner des chutes, à quoi s'ajoutent une fracture complexe du tibia consolidée avec du matériel en place, ainsi qu'un état cutané précaire avec une tendance à des lésions cutanées et à des réouvertures. Selon le Dr H. _____, la capacité de travail est nulle.

F. Entre-temps, à la suite d'une audience de débats publics tenue le 12 décembre 2014 à la demande du recourant (cf. écriture du 2 août 2012), la Cour a informé les parties, le 18 décembre 2014, qu'une expertise allait être ordonnée aux fins de déterminer l'influence du VIH sur la capacité de travail du recourant, ainsi que celle qu'un éventuel traitement aurait pu avoir à cet égard.

En ce sens, le 5 mars 2015, la Cour a mandaté expert le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et infectiologie, à charge pour ce dernier de s'adjoindre les services d'un spécialiste en neuropsychologie. Le volet infectiologique de l'expertise a ainsi été réalisé le 15 juin 2015, puis complété le 25 juin 2015 par un bilan neuropsychologique.

Du rapport d'examen neuropsychologique établi le 29 juin 2015 par la Prof. C. _____ et X. _____, respectivement cheffe de service et psychologue au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier J. _____, on extrait notamment ce qui suit :

"Conclusion: ce premier examen neuropsychologique, réalisé chez ce patient collaborant activement et partiellement nosognosique de ses difficultés cognitives, met en évidence un trouble mnésique antérograde verbal modéré, un sévère dysfonctionnement exécutif, tant comportemental que cognitif, ainsi que des troubles attentionnels sévères associés à un ralentissement.

En l'absence d'examen neuropsychologique antérieur nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'évolution des troubles. Leur étiologie est difficile à déterminer. A notre connaissance une seule imagerie cérébrale a été effectuée (en 2004, dans les suites d'un traumatisme), ne montrant pas de lésions potentiellement contributives.

Les troubles cognitifs que nous avons objectivés à notre examen sont de nature à diminuer très significativement la capacité de travail.

DC: Troubles mnésiques antérogrades verbaux, dysfonction exécutive sévère (comportementale > cognitive), troubles attentionnels et ralentissement."

Quant au rapport d'expertise du 4 août 2015 du Dr L._____, il a notamment la teneur suivante :

"A. Questions cliniques

1) Anamnèse

[...]

Evolution de la maladie et résultats des thérapies :

La date du diagnostic graphique sur le VIH n'est pas claire, mais remonte à environ à 1998. Cette infection n'a pas été traitée durant de nombreuses années. Le traitement aurait débuté en 2013 environ. Il n'a jamais eu de manifestation de type SIDA liée à l'infection VIH.

Diagnostic d'une hépatite C chronique active a été posé en 1989 en prison. Cette hépatite C n'a jamais été traitée.

Le traitement actuel du VIH consiste au Truvada 1 cpr/j, Isentress 1 cpr 2 x/j, et selon le patient, ce traitement est bien toléré hormis quelques diarrhées. L'adhésion au traitement est décrite comme étant bonne.

Le bilan effectué le jour de l'expertise montre un taux de CD4 relativement bas, à 262 cell/mm³, correspondant à 30 % de lymphocytes totaux. Cette valeur de CD4 basse est à mettre en lien avec une lymphopénie, cette dernière est très possiblement favorisée par la co-infection par le virus de l'hépatite C.

La charge virale VIH est indétectable <20 copies/ml, ce qui témoigne d'une bonne adhésion au traitement. En revanche, le virus de l'hépatite C est détectable à 17000 UI/ml. Dans les examens sanguins, on constate une légère inflammation du foie (à mettre en lien avec l'hépatite C), ainsi que des plaquettes basses, certainement causées également par l'hépatite C chronique active du patient.

[...]

4) Diagnostics (si possible selon la classification ICD-10)

- Infection VIH-1 stade actuel A2 traitée
- Troubles mnésiques antérogrades verbaux, dysfonction exécutive sévère, trouble attentionnel et ralentissement (bilan neuropsychologique du 25.06.2015)
- Hépatite C chronique active, naïve de traitement

- Status post thromboses veineuses profondes proximales au membre inférieur droit à répétition (1993, 2006, 2007)
- Status post fracture bitubérosaite fermée du tibia proximal droit, compliquée d'un syndrome des loges en 2003
- Status post accident de moto en 1997 avec fracture de la clavicule gauche et atteinte du genou droit
- Status post abcès du membre inférieur gauche en 2010 environ
- Status post fracture de l'humérus droit

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

Parmi la liste des diagnostics susmentionnés il est clair que le diagnostic traumatologique de 2003 a eu une répercussion sur la capacité de travail immédiate et conséquente. Les infections non répertoriées dans le dossier à disposition multiples et les hospitalisation[s] pour thromboses veineuses profondes ont également contribué à la diminution de la capacité de travail. [...]

4.2 - Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

La fracture de la clavicule, la fracture de l'humérus ne semblent pas impacter ses fonctions au quotidien actuellement.

[...]

B. Influence sur la capacité de travail

1) limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique, la difficulté à la mobilité et l'instabilité empêchent le patient à tout travail manuel ou physique en terrain instable, et même en terrain plat.

Au plan psychique et mental, je trouve le patient collaborant, précis dans son rdv, chez moi comme chez le neuropsychologue, collaborant et n'ayant pas une thymie dépressive. En revanche l'atteinte neuropsychologique mise en évidence par le bilan neuropsychologique met clairement en évidence une capacité d'apprentissage diminuée, rendant un travail cérébral difficile.

Au plan social, le patient souffre d'isolement social. Actuellement, il n'est pas constaté de rechute sur le plan de la toxicomanie active. Il bénéficie d'une substitution de Méthadone et de Tranxilium.

2) influence des troubles sur l'activité ex[e]rcée jusqu'ici ?

2.1 - comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Comme mentionné ci-dessus, une activité physique n'est plus envisageable. La capacité de travail pour une activité de ferblantier/couvreur, d'aide carreleur ou de bûcheron est de 0 %.

2.2 - Description précise de la capacité résiduelle de travail cf[.] ci-dessus

2.3 - L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heure par jour) ?

Aucune activité physique n'est exigible, même celle de distributeur d'arbal[ètes] à R._____ n'est pas envisageable

2.4 - Y a t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

L'atteinte neuropsychologique mise en évidence montre qu'une activité intellectuelle serait également prétéritée. Selon mon constat, ce patient n'est pas capable de travailler, et sa diminution de rendement est d'au moins 70 %.

2.5 - Depuis quand, au point de vue médical, y a t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il ne m'est pas possible de voir au rétroscopie depuis 2003 s'il y a eu des périodes où l'incapacité de travail était supérieure à 20 %, mais il apparaît du dossier qu'après une incapacité de travail de 100 % une incapacité de 50 % a déjà été accordée dès 2005. Par conséquent l'incapacité d'au moins 20 % date de plus de 10 ans.

2.6 - Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il s'est aggravé par des infections à répétition, des thromboses veineuses profondes, et actuellement, un bilan neuropsychologique clairement inquiétant.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel[s] délais ? Si non, pour quelle raison ?

Bien que votre question initiale me demandait de parler que de l'infection VIH, je constate que vous me demandez d'avoir une vue d'ensemble du problème. A mes yeux, Monsieur F._____ n'est pas un bon candidat pour une réadaptation professionnelle, étant donné les atteintes physiques, les capacités intellectuelles limitées (faible degré d'éducation), ainsi que les atteintes fonctionnelles neuropsychologiques sans parler de la longue exposition à des drogues dures, ayant laissé des séquelles sur le plan comportemental et physiques évidentes (infection VIH et VHC, multiples infections bactériennes et thromboses).

Pour toutes ces raisons, je ne pense pas que des mesures de réadaptatio[n] professionnell[e] soient envisageables.

2) Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non

[...]"

Se déterminant le 15 septembre 2015 sur cette expertise, l'OAI renvoie à un avis médical du 17 août précédent des Drs BB._____ et CC._____, du SMR, émettant des doutes quant à l'impact de la maladie virale VIH sur les aptitudes physiques de l'assuré en 2011 et précisant être dans l'attente d'une évaluation, par l'auteur de l'examen

réalisé en juin 2015, des capacités de l'assuré dans une activité adaptée au plan neuropsychologique.

Prenant position le 17 septembre 2015, le recourant déclare adhérer aux appréciations et pronostics formulés par le Dr L._____, la Prof. C._____ et la psychologue X._____.

Dans un avis complémentaire du 28 décembre 2015, la Prof. C._____ expose ce qui suit :

"Nous avons procédé à une évaluation neuropsychologique le 25 juin 2015, ceci à la demande du Dr L._____.

Cette évaluation a mis en évidence des troubles mnésiques dans le domaine verbal, une sévère dysfonction exécutive tant sur le versant comportemental que cognitif ainsi que des troubles attentionnels sévères associés à un ralentissement.

Ce tableau est de nature à diminuer de façon très significative la capacité de travail. Dans une activité simple et bien cadrée, on peut admettre un taux d'activité exigible entre 50 et 70%, ceci avec un rendement fortement diminué devant se situer entre 15 et 35%. Ceci donne une estimation de la capacité de travail entre 15 et 35%.

Dans ce contexte, la question va se poser, est-ce qu'une activité ne pourra être exercée qu'à titre occupationnel."

Par acte du 26 janvier 2016, l'intimé considère que le rapport d'expertise judiciaire du 5 août 2015 et son complément ne permettent pas de juger de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant à la date de la décision litigieuse et encore moins de déterminer s'il y a eu une dégradation sérieuse entre la décision initiale du 5 septembre 2007 et la décision attaquée. A l'appui de sa position, l'OAI se réfère à un avis médical SMR du 19 janvier 2016 des Drs BB._____ et CC._____, joint en annexe. Ceux-ci estiment qu'en ce qui concerne la situation actuelle de l'assuré, il n'y a pas de raison médico-asséculogique de s'écarter de l'estimation de la capacité de travail retenue par les experts judiciaires. Relevant toutefois que la décision attaquée remonte à décembre 2011, les Drs BB._____ et CC._____ relèvent qu'il aurait été appréciable que les experts s'expriment sur l'évolution de la capacité de travail depuis cette période. Ils ajoutent qu'en l'absence d'un examen neuropsychologique

antérieur, il est en effet difficile d'apprécier l'évolution de l'état de l'assuré, un processus dégénératif cérébral intercurrent n'étant pas à exclure.

Aux termes d'une écriture du 27 janvier 2016, le recourant déclare ne pas avoir de commentaire ou d'observation à formuler en relation avec la correspondance de la Prof. C._____ du 28 décembre 2015.

Prenant position le 22 février 2016 sur le courrier de l'intimé du 26 janvier précédent, le recourant se fonde sur les conclusions - selon lui, sans équivoque - du Dr L._____ et de la Prof. C._____ pour arguer que la sévérité des troubles dont il souffre exclut que ceux-ci se soient développés après la décision litigieuse, se prévalant à cet égard des avis médicaux émis avant le mois de décembre 2011 et en particulier de celui du Dr H._____ du 14 juin 2010. Il se réfère par ailleurs à un rapport de la Dresse B._____ du 9 février 2016 exposant en particulier ce qui suit :

"S'il est évidemment impossible aux experts qui ont examiné Monsieur F._____ en 2015 de connaître son état de santé en 2011, date de la décision litigieuse de l'AI, il me paraît inadmissible et incompréhensible que l'Office AI ne prenne aucun renseignement auprès du médecin traitant de ce patient qui le connaît depuis 1990 ! En effet, en parcourant rapidement mon dossier, tant mes notes que les documents de cette époque (en particulier une consultation chez le Dr N._____, spécialiste en infectiologie) attestent d'une atteinte déjà importante à la santé, tant sur le plan somatique que neur[op]sychologique ; c'est d'ailleurs à ce moment qu'un traitement a été entrepris. Il ne fait pour moi aucun doute que l'état de santé de Monsieur F._____ en 2011 ne lui aurait pas permis de poursuivre une activité lucrative à 100%, même sans travaux lourds. Il faudrait donc que l'Office AI prenne en compte non seulement les problèmes orthopédiques, post-traumatiques, qui ont toujours été mis en avant pour justifier l'incapacité de travail, mais également l'état de santé global de ce patient, qui s'est nettement péjoré depuis 10 ans."

Se déterminant le 9 mars 2016, l'OAI s'en tient à ses précédentes observations.

G. En date du 1^{er} avril 2016, la juge instructeur a relevé de sa mission Me Izzo et désigné en remplacement Me Rachel Debluë comme

avocate d'office du recourant. Toujours le 1^{er} avril 2016, la juge instructeur a fixé l'indemnité d'office de Me Izzo pour la période du 13 mars 2012 au 18 mars 2016.

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'AI (cf. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) – et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 3 novembre 2010.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées).

En l'occurrence, la décision attaquée du 8 décembre 2011 constitue l'objet de la contestation soumis à la Cour de céans et définit la limite temporelle jusqu'à laquelle s'étend en principe l'examen juridictionnel.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc 6; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence citée). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance

ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 et la référence citée). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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 (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si

l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

6. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 3 novembre 2010, qu'il a rejetée par décision du 8 décembre 2011 déniait le droit de l'assuré à des prestations de l'AI. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit la décision du 5 septembre 2007 - et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'AI.

a) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est fondé sur le rapport d'examen SMR du 18 octobre 2006 du Dr T. _____, lequel reposait sur les constatations

du 18 juin 2004 de la Dresse P._____ et le rapport d'expertise psychiatrique du 17 juillet 2006 du Dr W._____. Sur le plan somatique, la Dresse P._____ retenait qu'en raison de l'atteinte au genou droit induite par l'accident du 12 février 2003, la capacité de travail était 50% dès le 1^{er} février 2004 dans les métiers physiques, respectivement de 100% dès janvier 2004 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (port de charges réduit à 10-15 kg et pas de travail à genoux, sur un terrain instable, des sols mouillés, des échafaudages, des échelles ou avec des marches d'escalier). Au niveau psychiatrique, le Dr W._____ réfutait toute atteinte incapacitante à la santé. Il posait en revanche des diagnostics dépourvus d'impact sur la capacité de travail sous forme de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacés (dépendance contrôlée), d'alcool, de cocaïne et de dérivés de cannabis, chez un assuré présentant une toxicomanie primaire ainsi que des traits de personnalité immature et passifs-agressifs. C'est sur la base de ces avis, repris par le Dr T._____, que l'OAI a retenu, aux termes de sa décision du 5 septembre 2007, que la perte de gain du recourant était insuffisante pour pouvoir prétendre à des prestations d'invalidité.

b) A teneur de la décision entreprise, aucune modification significative de l'état de santé de l'assuré n'a été reconnue sur le plan somatique.

aa) Pour ce qui est de l'aspect ostéoarticulaire, il y a plus particulièrement lieu de se référer à l'appréciation du Dr Q._____ du SMR. Après avoir effectué un examen clinique le 4 mars 2011 puis avoir attendu que l'assuré récupère d'une dermo-hypodermite du membre inférieur gauche pour compléter le dossier sur le plan radiologique et parfaire son analyse, le Dr Q._____ a au final retenu que l'assuré présentait des atteintes incapacitantes sous forme des lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie sévère L3-L4 et une instabilité du genou droit avec un début de gonarthrose externe dans les suites d'une fracture proximale du tibia ostéosynthésée. Il a plus précisément considéré que ces atteintes empêchaient certes la poursuite de l'activité habituelle de forestier-bûcheron ou d'une activité d'employé de remontées

mécaniques, mais qu'elles demeuraient en revanche compatibles avec une pleine capacité de travail dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles existant au niveau du genou droit (pas de travail en terrain inégal, pas de montée/descente d'escaliers, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes et assise au-delà d'une heure, et pas de port de charges de plus de 10 kg) et au niveau du rachis (pas de mouvements répétés en flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes et assise au-delà d'une heure) (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 [pp 6 à 8] et avis complémentaire du 2 août 2011 [p. 2]).

Du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation ainsi décrite reste donc essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 5 septembre 2007. Ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier.

Le Dr H._____ a certes estimé, le 14 juin 2010, que la capacité de travail dans une occupation adéquate se situait entre 25 et 30%. Il s'est toutefois contenté d'évoquer les séquelles affectant le genou droit de l'assuré, ainsi que les troubles apparus au niveau du rachis - soit des éléments dont le Dr Q._____ a dûment tenu compte. Le 23 novembre 2010, le Dr H._____ a signalé une augmentation des douleurs aux niveaux lombaire et du genou, une discopathie sévère L3-L4, une évolution vers une arthrose externe post-traumatique, ainsi qu'une gêne sur le plan fonctionnelle avec une instabilité à la marche et des lâchages en lien notamment avec une insuffisance du quadriceps. Outre que la seule augmentation des plaintes ne constitue pas en soi un critère pertinent pour évaluer la capacité de travail, la Cour relève que tant la discopathie que l'évolution arthrosique et les gênes fonctionnelles décrites par le Dr H._____ ont été prises en compte par le Dr Q._____ (cf. rapport d'examen clinique du Dr Q._____ du 13 mai 2011 [p. 3 et 6 ss] et avis du 2 août 2011); les facteurs de gêne fonctionnelle évoqués étaient du reste déjà connus auparavant (cf. en particulier le rapport de synthèse de la Clinique V._____ du 17 décembre 2003 [p. 2 s.] et les

rapports d'examen de la Dresse P._____ des 9 octobre 2003 [p. 3] et 18 juin 2004 [p. 3]). A cela s'ajoute que le Dr H._____ a considéré le 23 novembre 2010 que tout travail de force était impossible, émettant ainsi un avis somme toute analogue à celui du Dr Q._____, selon lequel l'activité habituelle - de bûcheron-forestier - n'était plus envisageable. Enfin, le rapport du Dr H._____ du 15 décembre 2014 se résume à une description de la situation trois ans après la décision litigieuse et ne saurait, en ce sens, entrer en considération dans le présent contexte (cf. consid. 2b supra). Dans ces conditions, les éléments mis en avant par le Dr H._____ n'incitent donc pas à s'écarter des conclusions du Dr Q._____.

Quant à la Dresse B._____, elle n'a fait état d'aucune modification de l'exigibilité du point de vue de l'atteinte au genou droit et n'a, dans ses différents comptes-rendus, pas évoqué les troubles du rachis de son patient qu'elle suit pourtant depuis 1990. Elle a tout au plus mentionné une impossibilité à effectuer des travaux de lourds (cf. annexe au rapport du 30 décembre 2010 et rapport du 24 novembre 2014 p. 1), rejoignant ainsi l'avis du Dr Q._____ quant au caractère inadéquat de l'activité habituelle. Si la Dresse B._____ a ensuite affirmé que l'état de santé de l'assuré en 2011 ne lui aurait pas permis d'exercer une activité lucrative à 100% même sans travaux lourds (cf. rapport du 9 février 2016), elle n'a toutefois pas directement mis cette affirmation en lien avec les troubles ostéoarticulaires de l'assuré. On ne voit donc pas en quoi l'appréciation de cette praticienne pourrait infirmer celle du Dr Q._____.

Le Dr L._____ a, quant à lui, retenu que tout travail physique n'était plus possible eu égard aux problèmes de mobilité et d'instabilité de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 4août 2015 let. B ch. 1 p. 3). Ce faisant, le Dr L._____ a en définitive rejoint l'avis du Dr Q._____ quant à l'impossibilité pour l'assuré de poursuivre son activité habituelle. Si par ailleurs le Dr L._____ a indiqué que l'intéressé n'était pas un bon candidat pour une réadaptation professionnelle compte tenu notamment de ses troubles physiques (cf. ibid. let. C ch. 1 p. 4), il n'a toutefois développé aucune réelle motivation tendant à démontrer objectivement

l'inexigibilité d'une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire. Bien plus, ce médecin, spécialiste en infectiologie, s'est prononcé sans égard à la situation telle qu'elle se présentait à la date - déterminante (cf. consid. 2b supra) - de la décision litigieuse, prenant ainsi position hors de son domaine de spécialisation et de manière trop imprécise pour remettre en cause l'avis autorisé du Dr Q._____.

Il apparaît ainsi que, sur le plan ostéoarticulaire, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions du Dr Q._____, confirmées par le Dr D._____ du SMR le 5 septembre 2011. Par ailleurs, l'appréciation du Dr Q._____ procède d'une analyse complète des pièces mises à disposition et repose sur un examen clinique complet. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que ses conclusions répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 3c supra).

bb) Il est constant que le recourant présente en outre des problèmes de santé relevant de l'infectiologie.

Les pièces recueillies en procédure administrative signalaient en particulier une infection au VIH depuis 1990 (cf. rapport de synthèse de la Clinique V._____ du 17 décembre 2003 p. 1) ou 1988 (cf. rapport de la Dresse B._____ des 30 décembre 2010), sans indication quant à la progression de la maladie. Rien ne permettait ainsi de conclure à une infection ayant atteint le stade du SIDA, contrairement aux indications fournies le 23 novembre 2010 par le Dr H._____ manifestement sur la base d'un amalgame entre les différents niveaux d'infection (que ce soit selon le système américain des « *Centers for Disease Control and Prevention* » (CDC) [www.cdc.gov] ou selon le système de l'Organisation mondiale de la santé [www.who.int]). Si par ailleurs le Dr H._____ évoquait la mise en œuvre d'un traitement de fond fin 2010 (cf. rapport du 23 novembre 2010), la Dresse B._____ indiquait quant à elle que l'intéressé n'avait jusqu'alors bénéficié d'aucune prise en charge (cf.

rapport du 30 décembre 2010 p. 2 et son annexe), le Dr Q. _____ évoquant quant à lui une prise de sang tous les six mois (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 p. 6). Tout au plus apparaissait-il, à cette époque, que des examens effectués en février 2010 avaient révélé un taux de CD4 de 304 cell./mm³ et qu'un traitement antirétroviral était indiqué dans une telle situation (cf. rapport « *Suivi HIV* » des laboratoires de la Clinique A. _____ du 24 février 2010). C'est dans ce contexte que l'OAI - singulièrement, le SMR - s'est vu transmettre de nouveaux bilans biologiques courant 2011, dont l'analyse n'a montré aucun indice dans le sens d'une évolution infectiologique susceptible d'entraver la capacité de travail du recourant (cf. rapport d'examen SMR du 5 septembre 2011 p. 2), le Dr Q. _____ n'ayant de son côté pas constaté de franche polyneuropathie des membres inférieurs en lien avec le VIH (cf. rapport d'examen du 13 mai 2011 p. 7). Cela étant, au cours de la présente procédure judiciaire, la Dresse B. _____ a exposé que la maladie était restée non symptomatique jusqu'en 2010 environ mais que l'assuré était au bénéfice d'une trithérapie depuis fin 2011 (cf. rapport du 24 novembre 2014 p. 1). Aucune trace de cette évolution n'a toutefois été signalée par le Dr H. _____ dans son rapport du 15 décembre 2014 (p. 1), dont il résulte uniquement que la principale atteinte du recourant s'avère être le SIDA en 2014 - soit une période sortant du cadre temporel soumis à l'examen de la Cour de céans (cf. consid. 2b supra).

C'est au regard de ces circonstances que le Tribunal a mis en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire auprès du Dr L. _____, spécialiste en infectiologie. A cet égard, on notera préalablement que l'expert a fait mention d'une infection remontant à 1998 (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 1 p. 2), ce qui tranche avec les dates retenues jusqu'alors (1988 ou 1990). De surcroît, le Dr L. _____ a indiqué que le traitement avait débuté non pas en 2010 ou 2011 comme précédemment évoqué, mais en 2013 aux dires du patient (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 1 p. 2), soit une période postérieure à celle soumise à l'appréciation de la Cour (cf. consid. 2b supra). Si le flou engendré par ces divergences anamnestiques ne peut certes pas être passé sous silence, de telles incohérences ne sont

toutefois pas de nature à empêcher la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. En effet, le Dr L. _____ a expressément indiqué que la maladie en était au stade A2 - soit toujours en phase asymptomatique (cf. à cet égard TAF C-651/2006 du 20 janvier 2010 consid. 6.2.2) - et que le recourant n'avait à ce jour présenté aucune manifestation de type SIDA liée à l'infection VIH (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 1 et 4 p. 2). Les affirmations de la Dresse B. _____, quant au caractère symptomatique de l'atteinte à la fin de l'année 2010, doivent dès lors être fortement relativisées. A cela s'ajoute que l'expert L. _____ n'a évoqué aucune incapacité de travail en lien direct avec l'infection au VIH, mais a retenu uniquement des limitations ostéoarticulaires contre-indiquant une activité physique (cf. consid. 6b/aa supra), ainsi qu'une atteinte neuropsychologique préteritnant une activité intellectuelle (cf. consid. 6d infra), considérant au final que l'assuré n'était pas capable de travailler et que sa diminution de rendement était d'au moins 70% (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. B p. 3). Cela étant, si au regard de ces éléments on peut certes s'interroger sur la valeur probante (cf. consid. 3c supra) du rapport d'expertise du 4 août 2015 à l'aune du mandat défini par la Cour de céans (cf. mandat d'expertise du 5 mars 2015 : « *Votre mission a pour but de déterminer l'influence du virus HIV sur la capacité de travail de l'assuré ainsi que celle qu'un éventuel traitement aurait pu avoir* »), il demeure que rien dans ce rapport ne démontre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'infection au VIH dont souffre le recourant aurait influé sur sa capacité de travail jusqu'à la date de la décision entreprise - le rapport de la Dresse B. _____ du 9 février 2016 n'y venant rien changer puisqu'il se borne à évoquer, de manière laconique, une dégradation de l'état global de l'assuré depuis dix ans. Dans ces conditions, la Cour ne peut que retenir, à l'instar de l'OAI, que l'infection au VIH ne revêtait pas d'impact sur la capacité de travail de l'assuré à la date de la décision attaquée.

Quant aux hépatites (en particulier hépatite C) du recourant, on constate là encore que rien dans les pièces au dossier ne permet d'admettre sous cet angle l'existence d'une atteinte invalidante à la date de la décision entreprise. Tant les Drs H. _____ que B. _____ n'ont à

aucun moment fourni d'indications concrètes et objectives dans ce sens. Quant au Dr L._____, il a décrit l'état de l'hépatite C à l'époque de l'expertise réalisée en 2015, sans que l'on puisse tirer de conclusions claires quant à l'évolution de cette pathologie entre la décision du 5 septembre 2007 et celle, litigieuse, du 8 décembre 2011.

Finalement, on ne saurait prendre en considération les « *infections non répertoriées dans le dossier à disposition multiples* » considérées comme incapacitantes par l'expert L._____ (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 4 p. 2), sans autre précision ou explication. Tout au plus apparaît-il qu'en 2011, le Dr Q._____ faisait état d'une bronchopneumonie à la fin des années huitante et d'une infection cutanée à staphylocoques au niveau de la cuisse gauche deux ans auparavant (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 p. 6), troubles auxquels il n'a prêté aucune valeur invalidante. Si par ailleurs la dermo-hypodermite contractée au printemps 2011 par l'assuré suite à une morsure de chien en Thaïlande a certes été qualifiée d'incapacitante par le Dr Q._____ (cf. ibid. p. 8), il reste que l'intéressé était totalement guéri en juillet 2011 (cf. compte-rendu d'entretien téléphonique avec la Dresse B._____ du 4 juillet 2011), de sorte que la situation a été considérée comme normalisée (cf. avis complémentaire du Dr Q._____ du 2 août 2011). Quant à la Dresse B._____, elle évoquait, dans son rapport du 25 novembre 2014 (p. 1), de nombreux problèmes infectieux sévères dont l'assuré s'était toujours remis, sans pour autant conclure de ce fait à une atteinte incapacitante. Dans ces conditions, on ne peut suivre le Dr L._____ lorsqu'il reconnaît aux diverses infections du recourant un caractère incapacitant, en l'absence d'éléments concrets et objectifs pour étayer une telle affirmation.

cc) Au niveau vasculaire, on notera que, le 15 mai 2008, le Service d'angiologie du Centre hospitalier J._____ a établi un rapport diagnostiquant un status après TVP à répétition en 1993, 2006 et 2007, diagnostic secondaire à la toxicomanie alors active de l'assuré - étant ici souligné que ce dernier ne consomme plus de stupéfiants par voie intraveineuse depuis 2007 (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A

ch. 1 p. 1) voire 2009 (cf. rapport d'examen clinique du 13 mai 2011 p. 6). Le rapport du 15 mai 2008 faisait par ailleurs mention d'un patient relativement peu asymptomatique [sic] cinq mois après la dernière thrombose - survenue le 8 décembre 2007 - et ne préconisaient aucun traitement autre que le port d'une compression élastique. De telles constatations, traduisant une évolution somme toute positive, ne sont donc pas révélatrices d'une atteinte à la santé susceptible de diminuer la capacité de travail du recourant. A cela s'ajoute qu'aucune pièce au dossier ne témoigne d'une modification notable sur ce plan. Partant, on ne saurait suivre le Dr L. _____ lorsqu'il retient, sans autre précision, que ces thromboses à répétition entre 1993 et 2007 auraient contribué à la diminution de la capacité de travail de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 4 août 2015 let. A ch. 4 p. 2 s.) - cela d'autant que, ce faisant, l'expert se prononce (partiellement tout du moins) sur une période antérieure à celle soumise à l'examen de la Cour de céans, soit la période écoulée entre la décision du 5 septembre 2007 et celle du 8 décembre 2011.

dd) Pour le surplus, en ce qui concerne l'anémie évoquée par le recourant dans sa réplique du 27 juin 2012 (p. 3) et qui remontait alors, selon ses dires, à deux ou trois ans, force est de constater qu'aucune pièce médicale au dossier ne retient d'affection incapacitante à ce niveau. On ne voit donc pas en quoi cet argument pourrait influencer sur le sort de la cause - et cela même à suivre le recourant quant à l'existence d'une affection remontant à 2009 ou 2010 et donc antérieure à la décision attaquée, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI (cf. duplique du 24 juillet 2012 p. 2).

De surcroît, si le recourant a il est vrai des problèmes de peau, il n'apparaît en revanche pas que ceux-ci aient une quelconque influence du point de vue de sa capacité de travail.

ee) En résumé, la Cour de céans constate que, sur le plan somatique, aucune dégradation notable de l'état de santé du recourant entre la décision de refus de prestations du 5 septembre 2007 et la

décision litigieuse du 8 décembre 2011 n'est établie à satisfaction de droit. Partant, la position de l'intimé n'est donc pas critiquable à cet égard.

c) L'intimé n'a pas davantage reconnu d'évolution significative du point de vue psychiatrique.

De fait, la Cour constate que rien dans les renseignements médicaux recueillis à la suite de la nouvelle demande de prestations du 3 novembre 2010 ne vient étayer la thèse d'une modification importante de la situation sur le plan psychiatrique. Si la Dresse B. _____ a certes signalé des atteintes incapacitantes sous forme de trouble de la personnalité de type borderline et de troubles de l'adaptation (cf. rapport du 30 décembre 2010 p. 1), elle a toutefois fait remonter ces diagnostics à plus de vingt ans (cf. loc. cit.) sans aucune notion d'aggravation depuis la décision de refus de prestations du 5 septembre 2007. C'est par ailleurs en lien avec des troubles du comportement - et non de la personnalité tels que précédemment retenus - que cette praticienne a évoqué en 2014 une péjoration remontant à quatre ans (cf. compte-rendu du 25 novembre 2014 p. 2), sans du reste développer de réelle argumentation médicale sur le sujet. En d'autres termes, les assertions de la Dresse B. _____ relèvent tout au plus d'une appréciation différente d'une situation déjà connue et dûment analysée par le Dr W. _____ dans son rapport du 17 juillet 2006, dont les conclusions niant toute atteinte psychique invalidante ne sauraient être discutées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations à l'origine du présent litige.

A ce niveau également, la position défendue par l'intimé n'apparaît donc pas contestable.

d) Reste à examiner l'aspect neuropsychologique.

C'est ici le lieu de rappeler que, dans le cadre de l'expertise psychiatrique menée en 2006 par le Dr W. _____ avec le concours d'un neuropsychologue, il avait en particulier été constaté que l'assuré présentait une altération des rendements mnésiques mais que le

fonctionnement mnésique n'était pas altéré au point d'empêcher l'intéressé de garder en mémoire les fonctions rattachées à un poste de travail. L'assuré ne présentait en outre pas de dysfonctionnement exécutif majeur sous l'angle des capacités de concentration et de persévérance (cf. rapport d'expertise du 17 juillet 2006 p. 17). Il disposait ainsi des compétences cognitives nécessaires pour acquérir puis exercer une activité lucrative (cf. ibid. p. 19). Aucune atteinte incapacitante n'avait dès lors été retenue de ce chef.

Il s'agit par conséquent de déterminer si une modification notable est intervenue sur ce plan, jusqu'à la date de la décision attaquée du 8 décembre 2011.

A cet égard, dans son compte-rendu du 25 novembre 2014, la Dresse B._____ a signalé l'apparition, au moins depuis les quatre dernières années, de troubles cognitifs et en particulier mnésiques. Ce compte-rendu ne contient toutefois aucune indication concrète permettant de retenir que les troubles évoqués étaient déjà de nature à réduire la capacité de travail du recourant au moment de la décision entreprise. Si, dans son rapport du 9 février 2016, la Dresse B._____ a affirmé que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer une activité à 100% en 2011 notamment en raison de ses troubles neuropsychologiques, force est de relever qu'aucun raisonnement médical ne vient asseoir l'avis de cette praticienne, qu'elle a motivé en indiquant avoir « *rapidement* » parcouru le dossier du patient, ses notes, ainsi que les documents de l'époque. Dans ces conditions, les éléments mis en avant par la Dresse B._____ ne suffisent pas pour établir une évolution notable de l'état de santé neuropsychologique de l'assuré justifiant de faire droit à sa nouvelle demande de prestations.

Quant aux avis spécialisés émis par la Prof. C._____ au cours de la présente procédure judiciaire, il en est ressorti que l'assuré présentait un trouble mnésique antérograde verbal modéré, un sévère dysfonctionnement exécutif tant comportemental que cognitif, ainsi que des troubles attentionnels sévères associés à un ralentissement - troubles

diminuant très significativement la capacité de travail, laquelle a été évaluée entre 15 et 35% (cf. rapport du 29 juin 2015 p. 2 et son complément du 28 décembre 2015). Pour le reste, la Prof. C._____ a renoncé à se prononcer *a posteriori* sur l'évolution des troubles en l'absence d'examen neuropsychologique antérieur (l'expertise psychiatrique de 2006 ne pouvant certes pas, formellement, être qualifiée comme telle), soulignant néanmoins que l'étiologie des troubles était difficile à déterminer et se référant de surcroît à une imagerie cérébrale de 2004 n'ayant pas montré de lésions potentiellement contributives (cf. rapport du 29 juin 2015 p. 2). Se prononçant à ce sujet, les Drs BB._____ et CC._____ du SMR se sont ralliés à l'appréciation de la Prof. C._____ concernant la situation actuelle de l'assuré, tout en soulignant néanmoins l'absence d'analyse pour la période antérieure - et notamment à la date de la décision attaquée - et en ajoutant qu'il n'était ainsi pas possible d'exclure un processus dégénératif cérébral intercurrent (cf. avis médical SMR du 19 janvier 2016). Attendu qu'il n'est donc pas possible de retracer l'évolution de l'état de santé neuropsychologique de l'assuré faute d'examen antérieur à celui de juin 2015, il s'ensuit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 5 supra), on ne peut considérer comme suffisamment établie l'existence de troubles neuropsychologiques diminuant la capacité de travail du recourant à l'époque de la décision litigieuse rendue par l'OAI le 8 décembre 2011, notamment sous la forme d'un processus dégénératif cérébral intercurrent.

A l'aune de ces considérations, la Cour de céans se doit donc de retenir qu'à la date de la décision querellée, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit.), aucune atteinte neuropsychologique n'entamait la capacité de travail du recourant. Aussi la décision en cause ne peut-elle qu'être confirmée sous cet angle également.

La Cour de céans ne saurait toutefois se prononcer pour la période postérieure au 8 décembre 2011, qui excède son pouvoir d'examen (cf. consid. 8a infra) et devra, dès lors, faire l'objet d'une

analyse spécifique de la part de l'OAI au regard, notamment, de l'avis SMR du 19 janvier 2016.

e) Au demeurant, il n'y a pas à s'arrêter sur le contexte psychosocial dans lequel évolue l'assuré. En effet, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177).

Il en va de même d'un éventuel manque de formation pour un emploi adapté tel qu'invoqué par le Dr H. _____ (cf. rapport du 14 juin 2010). Sur ce point, on soulignera que s'il est vrai que de tels peuvent jouer un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; cf. TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références).

7. En définitive, il apparaît qu'en rejetant, par décision du 8 décembre 2011, la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 3 novembre 2010, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; cf. TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui

précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

Pour le surplus, la cause est retournée à l'OAI afin que cet office se détermine sur l'impact des troubles neuropsychologiques constatés par la Prof. C. _____ du point de vue de la capacité de travail du recourant pour la période postérieure au 8 décembre 2011 (cf. consid. 6d supra).

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3])

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Quant à l'indemnité au défenseur d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, c'est Me Rachel Debluë qui a été désignée en remplacement de Me Roberto Izzo - lequel a été indemnisé par décision du 1^{er} avril 2016 de la juge instructeur -, et non Me Laurent Maire dont le nom figure sur la liste des opérations produite. Cela étant, cette liste des opérations a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. L'indemnité du conseil d'office doit ainsi être arrêtée à deux heures et cinq minutes au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), à quoi s'ajoutent les débours par 4 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 409 fr. 32 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause, montant qu'il y a lieu d'arrondir à 409 fr. 30.

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

- I. Le recours déposé le 23 janvier 2012 par F. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 décembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il se détermine sur l'impact des troubles neuropsychologiques du recourant sur sa capacité de travail pour la période postérieure au 8 décembre 2011.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Rachel Debluë, conseil du recourant, est arrêtée à 409 fr. 30 (quatre cent neuf francs et trente centimes), TVA comprise.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Rachel Debluë (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :