

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 février 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], médecin, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), exploitait un cabinet à titre indépendant depuis le 1^{er} mars 1991.

Le 1^{er} mars 2020, l'assuré s'est fracturé le coude gauche et le poignet droit à la suite d'un accident à ski. Il a été immédiatement hélicoptéré à l'Hôpital de [...] puis a été opéré le 4 mars 2020 à la Clinique de [...] ; il y est resté hospitalisé jusqu'au 8 mars 2020, date de son retour à domicile.

Le 12 mars 2020, l'assuré a commencé à ressentir des symptômes grippaux. Il s'est rendu aux urgences de l'Hôpital d[...] le 16 mars 2020 où il a été hospitalisé aux soins intensifs en raison d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère sur infection à SARS-COV-2 (Covid-19). En raison de difficultés respiratoires de plus en plus importantes, il a été intubé le 22 mars 2020 puis transféré le même jour au [...] ([...]) au sein duquel il est resté hospitalisé jusqu'au 19 mai 2020. L'assuré a par la suite été hospitalisé du 19 mai au 7 juillet 2020 à l'Hôpital [...] de [...], du 7 au 10 juillet 2020 à l'Hôpital de [...] et du 10 au 18 juillet 2020 à l'Hôpital [...] de [...] afin de pouvoir bénéficier d'une réadaptation pulmonaire.

Dans une lettre de sortie du 22 juillet 2020, les Drs R._____, spécialiste en neurologie ainsi qu'en médecine physique et de réadaptation, N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J._____, spécialiste en médecine interne générale, médecins à l[...], ont indiqué que l'assuré présentait des séquelles d'ordre pneumologique, en particulier de la dyspnée et un syndrome restrictif de degré moyen avec trouble de la diffusion libre du monoxyde de carbone (DLCO), des séquelles d'ordre neurologique, en particulier une polyneuropathie des soins avec tétraparésie flasque avec une chute d'amplitude des réponses motrices et sensibles, des séquelles d'ordre oto-rhino-laryngologique et logopédique, en particulier une dysphonie et

des troubles de la déglutition, ainsi qu'un déconditionnement global et de la fatigabilité. Ils ont relevé qu'en comparaison avec les scanners effectués au [...], ils observaient une nette régression des infiltrats pulmonaires ainsi que des condensations ; il n'y avait plus d'épanchement pleural et la pneumatoçèle en base droite avait nettement régressé. Du point de vue orthopédique, ils ont relevé que l'imagerie montrait que le matériel d'ostéosynthèse était en place, sans signe de déçèlement, ainsi qu'une progression de la consolidation des fractures, tant du coude gauche que du poignet droit.

Le 23 juillet 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une fracture du poignet droit et du coude gauche à la suite d'un accident de ski le 1^{er} mars 2020 et d'une atteinte multisystémique sur infection Covid-19 depuis le 16 mars 2020, à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} mars 2020.

Selon un rapport du 24 juillet 2020 du Dr R._____, l'assuré présentait de la fatigue, une faible endurance avec une dyspnée, une dysphonie modeste, un trouble léger de la déglutition ainsi qu'une amyotrophie de l'épaule gauche ce qui, dans le cadre de son activité professionnelle, se manifestait par une très faible endurance et des difficultés de communication. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le pronostic était toutefois incertain dans la mesure où les effets et l'évolution du Covid-19 étaient méconnus et donc peu prévisibles.

Par rapport du 29 octobre 2020 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, a évalué la capacité de travail de l'assuré à 30 % dès le 1^{er} octobre 2020 et à 40 % du 1^{er} novembre au 31 décembre 2020. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a noté une respiration avec une dyspnée pour les efforts et une phonation en péjoration avec le port du masque, une faiblesse musculaire et de la

fatigue. L'abduction de l'épaule gauche et l'ankylose des mains le matin et des pieds restaient très présentes et la motricité demeurait encore un peu difficile. Il a indiqué que l'assuré avait repris son activité au cabinet à 30-35 %, précisant que le temps, le reconditionnement et le prochain traitement visant à réduire l'importante fibrose pulmonaire pouvaient lui permettre d'augmenter son temps de travail de 10 % dès le 1^{er} janvier 2021 mais avec réserve, l'évolution étant incertaine.

Dans un rapport du 6 novembre 2020, le Prof. C._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a fait état d'une bonne récupération, avec une amélioration fonctionnelle et à l'imagerie. Au niveau des fonctions pulmonaires, il subsistait un trouble ventilatoire restrictif de degré léger ainsi qu'une capacité de diffusion légèrement diminuée avec, au test de marche, une désaturation significative mais ne tombant pas en dessous de 90 %. Le scanner thoracique avait montré une évolution favorable avec la diminution des pneumatocèles et la régression des condensations alvéolaires sous-pleurales ; il subsistait toutefois des plages de fibroses.

Selon rapport du 27 janvier 2021 du Dr Q._____, l'assuré pouvait désormais travailler à 50 % du 1^{er} janvier au 31 mars 2021 dans son activité habituelle, précisant que l'assuré pouvait effectuer toutes les tâches qu'elle impliquait, mais avec une limitation dans la durée et les répétitions au travail et au domicile. En revanche, aucune activité adaptée ne permettait à l'assuré d'améliorer sa capacité de travail.

Concernant son suivi phoniatrice, les Dres V._____ et Z._____, spécialistes en oto-rhino-laryngologie, du [...], ont indiqué, dans un rapport du 15 février 2021, que l'assuré présentait une évolution clinique favorable avec une déglutition sécurisée et une voix normalisée.

Dans un rapport du 31 mai 2021, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière d'un point de vue orthopédique.

Dans un rapport du 27 juin 2021, le Dr Q. _____ a fait état d'une lente évolution de l'état de santé de l'assuré avec une fatigue toujours persistante, une intolérance à l'effort, une dyspnée de stade II-III ainsi qu'un manque de force. La progression de l'assuré stagnait. Il a indiqué que ce dernier avait remis son cabinet médical et qu'il n'exerçait plus qu'à un taux de 10 % (en consultation et assistance opératoire). Il a confirmé que l'assuré pouvait travailler à maximum 50 % dès le 1^{er} janvier 2021 dans une activité adaptée qui tenait compte des limitations fonctionnelles, à savoir sa dyspnée, sa fatigue, son manque de force, sa parole, ses transferts et l'élévation de son bras, surtout à gauche.

Selon un rapport du 9 novembre 2021 du Prof. C. _____, relatif à une consultation du 3 novembre 2021, les fonctions pulmonaires de l'assuré étaient complètes ; elles ne montraient plus de trouble ventilatoire restrictif et la capacité de diffusion s'était corrigée. A la gazométrie, les échanges gazeux et l'équilibre acido-basiques étaient maintenus et il n'y avait plus d'évidence d'hyperventilation chronique due à une hypoxémie persistante. Il a toutefois relevé au test de marche de six minutes une désaturation significative à 85 % avec une réponse chronotrope adéquate.

Par rapport du 23 décembre 2021, la Dre Z. _____ a indiqué que l'évolution de l'état de l'assuré était favorable, malgré la persistance d'une fatigabilité vocale modérée et d'une limitation respiratoire à l'effort.

Dans un avis du 11 février 2022, le Dr X. _____, médecin au SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité), a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toutes activités, ce depuis le 3 novembre 2021, hormis une incapacité totale de travail du 16 novembre 2021 au 2 février 2022 en lien avec l'ablation de matériel d'ostéosynthèse à la clavicule droite et à l'olécrane gauche (cf. protocole opératoire du 16 novembre 2021 du Dr F. _____).

Par projet de décision du 14 février 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 28 février 2022, sur la base d'un taux d'invalidité de 50 %, et lui refuser le droit à des mesures d'ordre professionnel.

Par courrier du 1^{er} mars 2022, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Il a indiqué qu'il n'était pas en mesure de travailler à temps plein. Ce n'était pas seulement ses fonctions pulmonaires qui devaient être prises en compte dans l'évaluation de son aptitude à travailler ; il existait de nombreuses pathologies associées induites par le Covid-19 ou la réanimation elle-même. Il a exposé qu'il existait une discordance entre les chiffres issus des tests pulmonaires et son ressenti ; il était très essoufflé après quinze marches d'escalier et devenait dyspnéique s'il parlait passablement. Sa corde vocale était toujours paralysée ; s'il parlait beaucoup, elle se cassait et cela le fatiguait beaucoup. Il a indiqué qu'il n'avait plus de force musculaire, plus aucune résistance et souffrait d'une fatigue générale intense. S'agissant de ses épaules, leur sollicitation durable entraînait des douleurs et une limitation. Il a relaté encore souffrir de troubles neurologiques permanents (dysesthésies douloureuses profondes dans les mains et les membres inférieurs, surtout aux pieds) difficilement explicables et qui contribuaient à son épuisement.

Dans son avis du 28 avril 2022, le Dr X._____ a exposé que les plaintes émises par l'assuré dans son courrier du 1^{er} mars 2022 reposaient sur un « ressenti » et non pas sur des éléments médicaux objectivés.

Par décision du 13 juillet 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. Par mémoire du 13 septembre 2022, E._____, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme

en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2021, subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision au sens des considérants. Il considérait que c'était à tort que l'OAI affirmait qu'il n'avait pas été en mesure d'objectiver ses troubles et que la manifestation de ceux-ci ne reposait que sur un « ressenti ». D'un point de vue orthopédique, il était absurde que la décision querellée retienne qu'il disposât d'une pleine capacité de travail à compter du 3 novembre 2021, alors même qu'il avait subi, le 16 novembre 2021, une ablation du matériel d'ostéosynthèse de sa clavicule droite et de son olécrane gauche à l'origine d'une incapacité de travail jusqu'au 16 décembre 2021. Enfin, il requérait, à titre éventuel, la mise en œuvre d'une expertise.

Il a produit les documents suivants :

- un rapport du 7 avril 2022 du Prof. C. _____ indiquant que l'état de santé de l'assuré était stable d'un point de vue pneumologique mais qu'il persistait toutefois une dyspnée relevante à l'effort ainsi que des courbatures et de la fatigue, éléments qui faisaient partie d'un tableau Covid long classique avec actuellement des données montrant que l'utilisation périphérique musculaire de l'oxygène était perturbée après une infection SARS-CoV-2.
- un rapport du 31 juillet 2022 du Dr Q. _____, duquel il ressortait qu'il subsistait chez l'assuré des symptômes résiduels en lien avec son infection sévère au Covid-19, un Covid-19 long, des séquelles des soins intensifs et, sans grande amélioration depuis probablement quelques mois, les symptômes suivants :
 - Diminution de la tolérance à l'effort physique avec une résistance diminuée et surtout en 2^{ème} partie de journée sur fatigabilité
 - État de fatigue général persistant sans retour actuel à la situation d'avant son infection au Covid 19
 - Dyspnée persistante avec une probable composante centrale surajouté
 - Dysphonie sur dysfonction des cordes vocales avec fatigabilité
 - Manque de force surtout aux jambes avec des douleurs de type neuropathiques avec quelques paresthésies et des décharges électriques
 - Déficit de la motilité fine distale et la force dans les bras

- Troubles de l'adaptation avec fragilité de la thyroïde
- Douleurs musculaires sur probable troubles du métabolisme du muscle en oxygène

Compte tenu des limitations fonctionnelles (mobilité et motricité fine, élévation des bras, changement de position et transferts de la position assise debout, discussions avec haussement de la voix pour les malentendants, concentration et tension soutenues), le Dr Q._____ évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 % sur des demi-journées avec une répartition plus faible de la quantité des patients.

Dans sa réponse du 17 octobre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 1^{er} novembre 2022, l'assuré a transmis à la Cour un rapport du 25 octobre 2022 du Prof. C._____ dans lequel ce dernier indiquait que l'assuré souffrait encore de dyspnée par intermittence au repos et au moindre effort, de douleurs de type myalgie, de douleurs de type neuropathique ainsi que de dysphonie avec fatigabilité de la voix. Le Prof. C._____ évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle ; s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, elle n'était pas réaliste puisque l'assuré aurait 65 ans le 27 novembre 2022.

Par déterminations du 24 novembre 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours, estimant que le rapport du 25 octobre 2022 du Prof. C._____ n'était pas de nature à remettre en cause sa décision. Objectivement, il n'était pas observé sur les plans organique et fonctionnel des éléments expliquant les plaintes de l'assuré, ni ne rendant plausibles des limitations objectives incompatibles avec le profil d'effort de l'activité habituelle. L'appréciation de la capacité de travail du Prof. C._____ ne reposait pas sur la prise en compte des critères « d'invalidité respiratoire théorique » et devait être considérée comme strictement subjective.

Le 1^{er} mars 2023, l'assuré a produit un rapport du 14 février 2023 du Prof. D._____, spécialiste en anesthésiologie. Ce dernier exposait en particulier qu'au vu de la sévérité de la pathologie pour laquelle l'assuré avait été traité et de la lourdeur de la prise en charge, les troubles et les séquelles qu'il présentait à cet instant étaient compréhensibles et habituels, notamment à la suite d'un syndrome post-réanimation et d'un SDRA. En définitive, il se ralliait aux appréciations du Dr Q._____, et du Prof. C._____ et estimait que la capacité de travail de l'assuré ne saurait aller au-delà de 50 %.

Dans ses déterminations du 16 mars 2023, l'OAI a confirmé ses conclusions, estimant que le rapport du 14 février 2023 du Prof. D._____ n'était pas de nature à remettre en cause sa décision.

Dans ses déterminations complémentaires du 18 avril 2023, l'assuré a fait valoir que les rapports médicaux étayés qu'il a produits devaient prévaloir sur l'appréciation lacunaire du Dr X._____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, il appert que la décision entreprise prend comme point de départ du délai de carence d'une année (28 al. 1 let. b LAI) le 1^{er} mars 2020 et admet l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 28 février 2022. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au cas d'espèce.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) En l'espèce, il ressort du rapport du 22 juillet 2020 des Drs R._____, N._____ et J._____, de l'[...], que le recourant a souffert d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë après avoir contracté le Covid-19. Hospitalisé le 16 mars 2020, il a été intubé et placé sous ventilation mécanique du 23 mars au 29 avril 2020, avec une trachéotomie réalisée le 17 avril 2020 et fermée le 6 mai 2020. Durant cette période, il a présenté de nombreuses complications, dont une pneumonie associée à la ventilation mécanique (à germe indéterminé le 5 avril 2020 et au *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline le 22 avril 2020), un barotraumatisme avec pneumo-médiastin le 23 mars 2020, des pneumatocèles post-infectieuses multiples (dont une géante en antéro-basale droit) ainsi qu'une probable inclusion de fibrinogène dans les

hépatocytes à la suite de la réponse immunitaire à l'infection virale. Au moment de débiter la neuroréhabilitation au mois de mai 2020, le recourant présentait encore des séquelles neurologiques (une polyneuropathie des soies avec une tétraparésie flasque), logopédiques (une voix hypophone le plus souvent chuchotée), un fléchissement de l'évocation lexical et des limitations attentionnelles (sous la forme d'un léger ralentissement psychomoteur et une réduction de l'endurance attentionnelle avec une fatigabilité intellectuelle) ainsi que sur le plan de la déglutition (le recourant était alimenté par sonde nasogastrique, en complément à un régime mixé).

En dépit de la prise en charge intensive dont il a fait l'objet, tant sur le plan pneumologique, neurologique et logopédique, le recourant a continué à ressentir une diminution de la tolérance à l'effort physique, de la dyspnée au repos et au moindre effort, des douleurs neuropathiques et de type myalgie, une fatigue persistante globale physique, des courbatures, une faiblesse musculaire ainsi qu'une dysphonie avec fatigabilité de la voix. A cet égard, il est désormais admis que de tels symptômes appartiennent au tableau clinique typique d'une affection post-Covid-19 (à ce sujet, voir les pages dédiées de l'Organisation mondiale de la santé [Maladie à coronavirus {Covid-19} : affection post-Covid-19 ; [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)] et de l'Office fédéral de la santé publique [Affection post-COVID-19 ; <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/post-covid-19-erkrankung/informationen-post-covid-19-erkrankung.html>] ; voir également Ioannis Kokkinakis et alii, Prise en charge pratique de l'affection post-Covid-19 - Mise à jour et illustrations par des situations cliniques, in Revue Médicale Suisse, 2023, p. 2094 ss).

Par ailleurs, tant le Dr Q. _____ (cf. son rapport du 31 juillet 2022) que le Prof. C. _____ (cf. son rapport du 25 octobre 2022) retiennent, sur la base du tableau clinique actuel, que la capacité résiduelle de travail du recourant est de 50 % au plus. En effet, son activité habituelle de médecin ORL nécessite de la mobilité et motricité

fine, l'élévation des bras, un changement de position et des transferts de la position assise et debout, des discussions avec haussement de la voix pour les malentendants ainsi que de la concentration et une tension soutenues. Or ils ont estimé que la dyspnée, la fatigue, le manque de force, les douleurs de type neuropathiques (notamment les paresthésies), les douleurs musculaires ainsi que la dysphonie et la fatigabilité de la voix l'empêchaient d'exercer son activité au-delà de 50 %. A cet égard, il sied de relever que le Prof. D. _____, dans son rapport du 14 février 2023, a indiqué que cette évaluation de la capacité de travail était compatible avec les études médicales s'intéressant aux personnes ayant souffert, comme le recourant, d'un syndrome post-soins-intensifs.

b) Le Dr X. _____ du SMR soulève le fait qu'il n'y a pas d'éléments objectifs qui permettraient d'expliquer les plaintes résiduelles du recourant, celles-ci reposant sur un simple « ressenti ». S'il n'est certes pas contestable, au vu des derniers rapports médicaux versés au dossier, que le recourant a recouvré des fonctions pulmonaires complètes et que celles-ci montrent, à l'examen, des volumes statiques dynamiques dans les limites de la norme, il n'en demeure pas moins que le recourant présente - comme cela a été fréquemment constaté dans le cadre d'une affection post-Covid-19, et comme cela est attesté par ses médecins-traitants - notamment une diminution de la tolérance à l'effort, un état de fatigue général, une dyspnée, des courbatures et un manque de force, ce sans grande amélioration depuis quelques mois. Or force est de constater que le SMR passe sous silence cette problématique et ne la confronte pas à la littérature médicale - pourtant abondante (cf. notamment les nombreuses publications liées au Covid-19 regroupées dans une rubrique spéciale créée par la Revue Médicale Suisse, disponible à l'adresse <https://www.revmed.ch/covid-19>) - relatives à cette question. Il n'a pas non plus tenu compte ni de la gravité initiale des symptômes, lesquels ont d'ailleurs rapidement nécessité une hospitalisation et une lourde prise en charge, ni de l'âge particulièrement avancé du recourant, éléments qui pouvaient exercer une influence non négligeable sur ses facultés de récupération post-Covid-19 et son aptitude à recouvrer sa capacité de travail. C'est d'autant plus regrettable que les plaintes exprimées par le

recourant étaient cohérentes au vu des connaissances médicales relatives aux symptômes consécutives à un Covid long (cf. le rapport du 14 février 2023 du Prof. D._____ et les références auxquelles celui-ci renvoie). Ainsi, il appert que l'appréciation du SMR est lacunaire ; celui-ci n'a pas suffisamment tenu compte, ni de l'origine des symptômes résiduels dont souffre encore le recourant, ni de leurs effets potentiels sur sa capacité de travail. Dans ces circonstances, et compte tenu du fait que la problématique du Covid-19, singulièrement de ses effets à long terme, étaient encore largement méconnus, l'intimé ne pouvait se contenter de se fonder uniquement sur les fonctions pulmonaires du recourant.

c) Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des appréciations convergentes du Dr Q._____ et des Prof. C._____ et D._____, selon lesquelles la capacité de travail du recourant est limitée à 50 %. Aussi, dès lors qu'il est admis que ce dernier disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de médecin, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par les médecins précités (application de la méthode de la comparaison en pour-cent : ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et les références citées). Partant, il convient de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité, non limitée dans le temps, à compter du 1^{er} mars 2021.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2021.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr.,

débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision du 13 juillet 2022 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'E._____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2021.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hostetter (pour E. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :