

VD_FINDINFO AI 34/20 - 408/2020 vom 15. Dezember 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_34_20_-_408_2020

FR: VD_FINDINFO AI 34/20 - 408/2020 du 15 décembre 2020

IT: VD_FINDINFO AI 34/20 - 408/2020 del 15 dicembre 2020

Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, VIRUS{MALADIE}, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, FORCE PROBANTE, SIDA | 28 LAI, 28a LAI, 17 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.12.2020 AI 34/20 - 408/2020

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, VIRUS{MALADIE}, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, FORCE PROBANTE, SIDA | 28 LAI, 28a LAI, 17 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 34/20 - 408/2020 ZD20.004687 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2020 _____ Composition : Mme Berberat , présidente M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : B. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Christian Favre, avocat, à Lausanne et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé, à Vevey. _____ Art. 17 LPGA ; art. 28 et 28a LAI. E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1966, divorcé sans enfants, est entré en Suisse en 1988, respectivement 1992. Titulaire d'un diplôme d'ingénieur en bâtiment dans son pays d'origine, il a travaillé en qualité de mécanicien au service de la société D. _____ SA dès le mois de juillet 1995. En date du 14 avril 1997, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motifs pris d'infections intestinales. L'instruction de cette requête a mis en évidence que l'assuré était suivi régulièrement au sein du Centre hospitalier C. _____ depuis mai 1996 en raison d'une infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), révélée par une iléite récidivante à cytomégalovirus. Il présentait un status post résection iléo-caecale pour perforation iléale, un iléus grêle sur bride opératoire et une probable maladie de Crohn (cf. rapport de la Division des maladies infectieuses du Centre hospitalier C. _____ du 17 juillet 1997). Une expertise psychiatrique, confiée par l'OAI au Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à un épisode dépressif majeur chronique (cf. rapport du Dr F. _____ du 29 juillet 1998). Par décision du 23 février 2000, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de d'invalidité de 100 %, à compter du 1 er avril 1997. Au terme de deux procédures de révision d'office, l'OAI a confirmé le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité par communications des 2 avril 2001 et 10 janvier 2006. B. Dans le cadre d'une troisième procédure de révision d'office, initiée le 3 février 2010, l'OAI a découvert que l'assuré avait repris son emploi auprès de D. _____ SA et dégagé des revenus annuels correspondant à une activité exercée à plein

temps entre 2000 et 2009. Par décision de mesures provisionnelles du 18 octobre 2010, l'OAI a suspendu la rente d'invalidité de l'assuré à compter du 31 octobre 2010 jusqu'à droit connu sur l'issue de la procédure de révision d'office. A la demande de l'OAI, les Drs H. _____, spécialiste en médecine interne générale, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre G. _____, ont réalisé une expertise pluridisciplinaire les 16 et 17 mars 2011. Dans leur rapport du 23 août 2011, les experts ont estimé que l'infection VIH de stade C3 depuis 1996, traitée par trithérapie, ainsi qu'une ostéoporose et les suites d'une fracture pertrochantérienne gauche en 2007 (ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008), se répercutaient sur la capacité de travail de l'assuré. Dite capacité n'était en revanche pas impactée sur le plan psychiatrique par une dysthymie ou dysphorie. L'assuré était en définitive doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan physique, à savoir sans déplacement sur de longues distances, sans port répétitif de lourdes charges, ainsi qu'avec des horaires fixes et réguliers en raison de la trithérapie. Une diminution de rendement de 25 % pouvait être prise en compte. L'activité antérieure de mécanicien de précision n'était pas adaptée, car elle impliquait le tournage de grosses pièces et était de ce fait « trop lourde ». Aucune limitation fonctionnelle n'était relevée au plan psychique. Un état dépressif majeur avait été décrit entre 1996 et 1998, mais s'était vraisemblablement résorbé six à douze mois après l'expertise du Dr F. _____ du 29 juillet 1998, soit en 1999. La production du dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) à la suite de la fracture du fémur survenue en 2007 a révélé des périodes d'incapacité totale de travail de mars à septembre 2007 et de mars à mai 2008. La CNA avait servi ses prestations à l'assuré en sa qualité d'employé de D. _____ SA. Par avis médical du 13 septembre 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié aux conclusions des experts du Centre G. _____ et retenu une amélioration de l'état de santé de l'assuré, survenue en 1999 et autorisant l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, sous réserve d'une possible diminution de rendement de 25 %. Par décision du 18 septembre 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité servie à l'assuré avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2005, soit sept ans avant la suppression effective du versement de la rente. L'OAI a en outre exigé la restitution des prestations indûment touchées durant la période s'étendant du 1^{er} octobre 2005 au 31 octobre 2010, pour un total de 103'444 fr. aux termes d'une décision du 25 septembre 2012. C. B. _____, assisté de Me Christian Favre, a, dans un premier temps, déféré la décision du 18 septembre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 22 octobre 2012 (cause AI 251/12). Il a, dans un second temps, formé recours contre la décision de restitution du 25 septembre 2012 par un mémoire du 24 octobre 2012 (cause AI 255/12) Par arrêt du 19 janvier 2015 (AI 251/12 – 14/2015), la Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours contre la décision du 18 septembre 2012, renvoyant le dossier à l'OAI pour qu'il établisse de manière chiffrée les revenus avec et sans invalidité du recourant. Elle a estimé qu'une modification de la situation médicale dès janvier 2010 justifiait de déterminer le degré d'invalidité de l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée. Elle a confirmé au surplus la suppression de la rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2009. L'OAI a recouru contre l'arrêt cantonal du 19 janvier 2015 auprès du Tribunal fédéral. Par arrêt du 16 décembre 2015 (9C_137/2015), le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé le jugement de la Cour des assurances sociales du 19 janvier 2015 et confirmé la décision de l'OAI du 18 septembre 2012. Il a considéré que le rapport d'expertise du Centre G. _____ du 23 août 2011 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels

et pouvait se voir accorder pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'avait retenu la cour cantonale, il ne ressortait toutefois pas de ce document que la situation médicale de l'assuré s'était modifiée à compter de janvier 2010. Les experts du Centre G. _____ avaient uniquement attesté d'une aggravation temporaire en 2007 (fracture du fémur) sur le plan de la médecine interne. Quant à l'état de santé psychique, ils avaient retenu une amélioration six à douze mois après l'expertise du Dr F. _____. La capacité de travail était désormais entière sous cet angle. Selon les Drs H. _____ et K. _____, l'incapacité de travail était complète dans l'activité antérieure, mais une activité adaptée à l'invalidité (soit un travail exempt de port de charges lourdes et de marche prolongée) pouvait être exercée à 100 % avec une diminution de rendement de 25 % compte tenu de la fatigue liée à la trithérapie. Les constatations de fait de la cour cantonale étaient en définitive bien fondées quant à l'admission d'une modification de la situation médicale de l'assuré depuis l'année 2000. En revanche, aucune modification de l'état de santé de l'assuré à partir de janvier 2010 ne ressortait du rapport d'expertise Centre G. _____. L'absence de perte de gain, constatée par l'OAI dans la décision du 18 septembre 2012 pour la période allant jusqu'à fin 2009, restait donc valable pour la période postérieure. A la suite de cet arrêt fédéral, la Cour de céans a repris l'instruction de la cause AI 255/12. Par arrêt du 12 juillet 2016 (AI 255/12 – 184/2016), elle a confirmé la décision de l'OAI du 25 septembre 2012 prononçant la restitution des prestations indûment touchées par B. _____ d'octobre 2005 à octobre 2010, à hauteur de 103'444 francs. D. Le 21 septembre 2016, B. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir du VIH, de dépression et d'anxiété depuis 1996, ainsi que d'ostéoporose depuis dix ans. Il a précisé être suivi depuis 2011 par la Dre M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et être totalement incapable de travailler depuis 1996. Etaient joints à sa demande des rapports des 4 mai 2016 du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C. _____ et du 6 juin 2016 de la Dre M. _____. Les Drs J. _____, médecin adjoint, et L. _____, chef de clinique du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C. _____, faisaient état, en sus des pathologies connues de l'OAI, de douleurs pariétales de la cage thoracique, attribuées à l'ostéoporose après l'exclusion d'une cause coronarienne sur le plan cardiologique, et de la persistance d'un trouble dépressif, en dépit d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique. Quant à la Dre M. _____, elle a relaté un état dépressif en réaction au VIH, aggravé « depuis 2010 après les litiges avec l'Office AI ». A son avis, l'incapacité de travail était totale. Par décision du 27 février 2017, reprenant les termes d'un projet de décision du 12 janvier 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations formulée par l'assuré. E. Par acte de recours du 30 mars 2017, complété avec le concours de Me Favre le 2 mai 2017, B. _____ a déféré la décision du 27 février 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction avant nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er mars 2017. Était produit un nouveau rapport de la Dre M. _____, laquelle relevait l'aggravation de l'état de santé psychique de son patient « depuis 2015, surtout après les litiges avec l'Office AI ». La Cour des assurances sociales a rendu son arrêt le 4 janvier 2018 (AI 115/17 – 1/2018), annulant la décision du 27 février 2017 et renvoyant la cause à l'OAI pour examen au fond de la demande de prestations formulée le 21 septembre 2016. Ce faisant, elle a retenu l'absence d'argument en faveur d'une aggravation de la situation sur le plan somatique. En revanche, du point de vue psychique, la Cour estimait que les éléments rapportés par la Dre M. _____ rendaient plausible une

péjoration de l'état de santé de l'assuré. F. L'OAI a repris l'instruction de la requête de prestations de l'assuré et a recueilli des rapports du Centre hospitalier C. _____ et du Centre P. _____, où l'assuré est suivi depuis janvier 2018 par I. _____ psychologue, sur délégation de la Dre Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport du 5 juin 2018, le Dr J. _____ et la Dre N. _____, cheffe de clinique auprès du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C. _____, ont fait mention d'un état dépressif (antérieur à 2013), de douleurs thoraciques atypiques avec dyspnée, sans substrat somatique identifié, depuis 2015 et d'une infection au VIH. Le problème principal était l'état dépressif, qualifié de sévère. La capacité de travail devait être évaluée par le psychiatre. La psychologue I. _____ et la Dre Q. _____ ont complété un rapport à l'attention de l'OAI le 18 septembre 2018, relatant une dépression sévère et chronique, sans symptômes psychotiques, depuis 1996, associée à une pathologie somatique lourde. La capacité de travail était nulle et le pronostic réservé. Par pli du 5 décembre 2018, Me Favre a informé l'OAI de l'hospitalisation de l'assuré au sein du Service de cardiologie du Centre hospitalier C. _____ du 27 au 29 novembre 2018. La lettre de sortie de ce service, datée du 3 décembre 2018, relatait la survenance d'un syndrome coronarien aigu à risque modéré qui avait justifié une échocardiographie trans-thoracique et une coronarographie. Après consultation du SMR, l'OAI a délivré un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre Centre S. _____ par communication du 24 janvier 2019. L'assuré a été examiné les 22 mars et 10 avril 2019 par les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, T. _____, spécialiste en rhumatologie, W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X. _____, spécialiste en cardiologie, en présence d'un traducteur. Les experts ont communiqué leurs rapports respectifs et leur évaluation consensuelle du cas le 28 juin 2019. Ils ont retenu les diagnostics suivants : · Infection VIH stade C3 (1996) sous trithérapie, avec status après résection iléo-caecale pour perforation sur iléite récidivante à cytomégalovirus, puis laparotomie pour bride (1996) ; · Coxalgies gauches chroniques après enclouage pour fracture pertrochantérienne (2007), ablation du matériel d'ostéosynthèse (2008) et possible conflit fémoro-acétabulaire ; · Lombalgies chroniques sur trouble statiques et dégénératifs débutants, séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann ; · Ostéoporose axiale périphérique ; · Probable majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) ; · Maladie coronarienne bitronculaire, avec status post infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) sur occlusion de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) proximale, traitée par angioplastie et stent actif, ainsi que status post intervention coronarienne percutanée (PCI)/stent sur deux lésions de l'artère circonflexe proximale et distale (2018). La capacité de travail était considérée comme nulle dans l'ancienne activité sur le plan ostéoarticulaire et de la médecine interne, mais préservée à 80 %, soit à 100 % avec une baisse de rendement de 20 % liée à la fatigue engendrée par la trithérapie, dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux déplacements prolongés, aux montées ou descentes itératives d'escaliers ou de pentes, au travail en hauteur sur échelle ou échafaudage, au port de charges supérieures à 5-10 kg, au travail avec des engins émettant des vibrations et aux travaux accroupi ou agenouillé. Sur le plan psychique, le diagnostic d'exclusion de majoration des symptômes n'était pas incapacitant. En l'absence d'une entité clinique psychiatrique, il était difficile de déterminer des limitations fonctionnelles dans ce registre. Par avis du 25 juillet 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions du Centre S. _____, de sorte que le service de réinsertion de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré le 8 août 2019 sur la base des conclusions des experts. Il a mis en évidence un degré d'invalidité de 24 % et

renoncé à proposer une mesure d'aide au placement, en l'absence des conditions subjectives nécessaires à l'octroi de cette prestation. Par projet de décision du 13 août 2019, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité, retenant en définitive l'absence de modification de son état de santé susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail. Les termes de sa décision du 18 septembre 2012 demeuraient donc valables. En dépit des objections formulées par l'assuré le 29 novembre 2019 avec l'assistance de Me Favre, aux termes desquelles il s'est notamment prévalu d'un rapport du 18 juin 2019 de la Dre R. _____, spécialiste en cardiologie, l'OAI a rendu sa décision le 18 décembre 2019, conformément au projet précité. Était joint un courrier d'accompagnement du même jour, établi avec le concours du service juridique de l'OAI, exposant les motifs de cette décision. G. B. _____, représenté par Me Favre, a déféré la décision du 18 décembre 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 3 février 2020. Il a conclu à sa réforme et principalement, à l'allocation d'une rente entière ou partielle de l'assurance-invalidité « à compter du 1 er mars 2017 », subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a pour l'essentiel reproché à l'OAI de ne pas avoir pris en considération, ni même discuté, les observations des experts du Centre S. _____ sur le plan psychique et le défaut d'évaluation neuropsychologique. De même, l'OAI n'avait pas tenu compte des avis convergents de ses médecins traitants. Il n'avait pas davantage pris la mesure de la nouvelle pathologie cardiaque, survenue en 2018 et inexistante à la date de la précédente décision du 18 septembre 2012. L'OAI, respectivement le SMR, avait au surplus violé « le principe d'impartialité », en se référant systématiquement à la procédure de suppression de la rente d'invalidité, y compris lors de la transmission du dossier aux experts. Cette violation avait perduré au stade de l'émission de la décision entreprise, avec le soutien du service juridique de l'OAI, un refus de prestations ayant été envisagé indépendamment de l'examen matériel du dossier. L'assuré requérait, au titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (sans que les experts n'aient connaissance des précédents entre l'assuré et l'OAI), accompagnée d'une évaluation psychique et neuropsychologique. Enfin, l'assuré a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours. Par décision du 3 mars 2020, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire à partir du 3 février 2020, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Favre en qualité d'avocat d'office. L'OAI a répondu au recours le 31 mars 2020, concluant à son rejet et se référant à son courrier d'accompagnement de la décision querellée, respectivement à l'avis du SMR du 25 juillet 2019. Par réplique du 2 juin 2020, l'assuré a réitéré ses conclusions et maintenu que l'OAI avait rendu une décision arbitraire et peu claire, violé le principe inquisitoire et le « principe d'impartialité », qui plus est sans se prononcer sur les mesures d'instruction sollicitées à l'issue de son mémoire de recours du 3 février 2020. L'OAI a dupliqué le 17 juin 2020, excluant toute partialité des experts, ainsi que dans le traitement du dossier de l'assuré. Il a au surplus renvoyé aux termes du rapport d'expertise du Centre S. _____ et nié la pertinence de mesures d'instruction complémentaire. Me Favre a produit la liste des opérations effectuées dans la présente cause, le 8 septembre 2020, à la demande de la magistrate instructrice. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 3 février 2020 contre la décision de l'intimé du 18 décembre 2019 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4, let. c, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Le recourant soulève préalablement des griefs d'ordre formel à l'encontre de la décision entreprise, selon laquelle celle-ci serait insuffisamment motivée et ne se prononcerait que très partiellement sur ses arguments. Ces griefs ayant trait au droit d'être entendu du recourant, on peut considérer que celui-ci conclut implicitement à ce que sa violation par l'intimé soit constatée. a) Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) ne confère toutefois pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références). b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées). c) En l'espèce, on peut certes observer que la décision litigieuse est relativement succincte, l'intimé s'étant limité à indiquer que l'état de santé du recourant n'avait connu aucune modification influant sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision. Cela étant, l'intimé s'est référé à une correspondance du même jour, précisant que celle-ci « [faisait] partie intégrante de la présente décision ». Aux termes de ce courrier, l'intimé a développé les motifs qui l'ont conduit à se rallier aux conclusions des experts du Centre S. _____, reprises par le SMR dans son avis du 25 juillet 2019. Il a par ailleurs réfuté toute partialité de ces derniers, ainsi que toute prévention de sa part à l'encontre du recourant. d) Il apparaît ainsi que les motifs du refus de prestations prononcé le 18 décembre 2019 ont été exposés à satisfaction, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir une violation du droit d'être entendu au détriment du recourant. Au demeurant, une telle

violation pourrait de toute façon être considérée comme exceptionnellement réparée au vu du plein pouvoir d'examen de la Cour de céans. 3. Dans un autre grief formel, le recourant considère que l'intimé a fait preuve de partialité à son égard, compte tenu des antécédents qui ont conduit à la suppression de la rente entière d'invalidité par décision du 18 septembre 2012. Il se fonde en particulier sur une note du gestionnaire de son dossier du 12 août 2019 au service juridique de l'intimé portant la question « comment faire le refus de prestations ? ». a) La récusation en procédure administrative est réglée par l'art. 36 LPGA, qui prévoit que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1). Si la récusation est contestée, la décision est rendue par l'autorité de surveillance ; s'il s'agit de la récusation d'un membre d'un collège, la décision est rendue par le collège en l'absence de ce membre (al. 2). La récusation ne touche en principe que les personnes physiques individuelles composant les autorités, et non l'autorité en tant que telle. Il s'agit de ne pas vider la procédure et la réglementation de l'administration de leur sens dès lors que la récusation vise à relever une autorité entière des tâches qui lui sont attribuées par la loi. Une demande de récusation dirigée contre une autorité dans son ensemble peut cependant être examinée comme si elle était dirigée contre chacun des membres de cette autorité pris individuellement (TF 2C_110/2019 du 9 décembre 2019 consid. 5.3 ; 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 5.4 et les références citées). b) Conformément au principe de la bonne foi, celui qui estime qu'il existe un motif de récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA et qui entend s'en prévaloir doit le faire le plus rapidement possible, soit dès qu'il en a eu connaissance (ATF 132 V 93 consid. 6.2 ; Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 20 ad art. 36 LPGA). c) Les motifs de récusation au sens de l'art. 36 LPGA correspondent à ceux de l'art. 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable à titre subsidiaire selon l'art. 55 al. 1 LPGA. En font partie un intérêt personnel au jugement de la cause ainsi que des liens de parenté ou d'amitié avec une partie ou d'autres motifs ayant un poids analogue (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, ch. 2873 p. 786). Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 127 I 196 consid. 2b et réf. citées). d) En l'espèce, l'élément invoqué par le recourant pour conclure à la partialité de l'intimé, soit l'échange entre le gestionnaire et le service juridique, ne constitue à l'évidence pas un motif de récusation en vertu de l'art. 36 LPGA. Ainsi que l'a relevé l'intimé, il s'agit par ailleurs d'une question intervenant à l'issue d'une instruction complète du dossier, alors que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre auprès du Centre S. _____ étaient déjà connues. En outre, l'historique entre le recourant et l'intimé – lequel a conduit à la suppression de la rente entière d'invalidité le 18 septembre 2012 – est partie intégrante du dossier. Il ne saurait en être fait abstraction pour statuer sur les droits actuels du recourant. Enfin, il n'est pas envisageable de reprocher une prévention de la part de l'autorité chargée d'appliquer la LAI que constitue l'intimé. Le recourant ne se prévalant pas de la prévention d'une personne physique qui se fonderait sur les motifs découlant de l'art. 36 LPGA, ses reproches doivent être écartés. 4. Sur le fond, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité. Ce litige s'inscrit dans le cadre de la deuxième demande de

prestations déposée par le recourant le 21 septembre 2016. La décision de refus d'entrer en matière de l'intimé, datée du 27 février 2017, a été annulée par la Cour de céans le 4 janvier 2018 (AI 115/17 – 1/2018). L'intimé, invité à entrer en matière et statuer sur le fond, a établi une décision de refus de rente le 18 décembre 2019. Il est rappelé que la précédente décision sur le fond, rendue par l'intimé le 18 septembre 2012 et portant suppression de la rente entière d'invalidité allouée au recourant avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2005, a été confirmée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 16 décembre 2015.

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

6. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201). b) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité 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 de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office

ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). 7. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 8. a) En cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, le Tribunal fédéral a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La reconnaissance de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychique suppose que le diagnostic émane d'un expert (psychiatre) selon les règles de l'art et s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La phase diagnostique doit prendre en considération un degré certain de gravité. Le diagnostic doit en outre être mis en relation avec des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne. A ce stade, il faut inclure seulement les déficits fonctionnels qui résultent des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer l'atteinte à la santé ; dans un second temps, cette limitation sera comparée aux exigences de la vie professionnelle et convertie en une éventuelle limitation de la capacité de travail à l'aide des critères du degré de gravité et de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). c) Le Tribunal fédéral a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante des diagnostics posés. On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Plus clairement, s'il existe un motif d'exclusion, il n'est pas nécessaire de mener une procédure de preuve structurée selon les indicateurs standards pertinents (TF 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid.4.3, avec la référence à l'ATF 141 V 281 consid. 2.2). Ainsi, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). Il faut conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue, et ce même si les caractéristiques d'un syndrome somatoforme douloureux persistant – ou un autre syndrome semblable – au sens de la CIM-10 sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 140 V 193 consid. 3.3). La question de savoir si les résultats médicaux conduisent à un motif d'exclusion est une question de droit qui peut être librement examinée (TF 8C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.1 ; 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.2, avec la référence à TF8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 1.3). En l'absence de facteurs d'exclusion, on peut considérer que l'on se trouve bien en présence d'un trouble susceptible potentiellement d'être invalidant et, pour trancher la question de la capacité de travail réellement exigible dans un tel contexte, il faut alors se référer à la nouvelle procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. d) La grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une

thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 9. a) En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible d'entraver sa capacité de travail depuis la précédente décision au fond, soit celle du 18 septembre 2012. Celle-ci reposait notamment sur les constatations médicales rapportées sur les plans psychiatrique et de médecine interne par les experts du Centre G._____ le 23 août 2011. Ces derniers avaient communiqué leur appréciation du cas en ces termes : « [...] Au niveau de la médecine interne, Monsieur B._____ présente depuis 1996 une infection HIV pour laquelle il est traité par trithérapie. Cette affection s'est compliquée d'une perforation iléale qui a nécessité une résection iléo-caecale en octobre de la même année et une laparoscopie exploratrice en décembre pour iléus sur bride. Le diagnostic de maladie de Crohn a été retenu au lieu d'une infection à cytomégalovirus, diagnostic d'abord posé. Il est suivi régulièrement tous les trois mois par le Centre hospitalier C._____ et la situation sur le plan de l'infection HIV semble stabilisée. Une trithérapie à vie est néanmoins indispensable. Sur le plan digestif, l'évolution est également favorable bien qu'il se plaigne encore de douleurs abdominales itératives avec des selles diarrhéiques, calmées par la prise d'Imodium. La fracture pertrochantérienne du fémur gauche en 2007 a également eu une bonne évolution après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Monsieur B._____ se plaint néanmoins de douleurs au niveau de sa hanche et ne peut pas marcher sur une longue distance en raison de l'apparition assez rapide de douleurs à ce niveau. Le status local met en évidence une diminution modérée de la mobilité dans tous les plans. A relever, en outre, que l'assuré présente une hypercholestérolémie. Actuellement, Monsieur B._____ se plaint d'une fatigue intense, de faiblesse musculaire, de céphalées et de vertiges occasionnels. L'examen de ce jour peut être considéré comme dans les limites de la normale. En conclusion, il y a une bonne stabilité médicale. Monsieur B._____ se plaint essentiellement de fatigue et de douleurs de hanche empêchant les marches prolongées. Les autres symptômes sont plus occasionnels. Les trithérapies peuvent occasionner de nombreux effets secondaires, notamment de la fatigue. Les douleurs de hanche gauche à la marche peuvent trouver une corrélation avec la fracture du fémur en 2007 sur terrain d'ostéoporose. A relever qu'une partie de la fatigue peut aussi être liée au mode de vie de Monsieur B._____ qui a décalé son rythme circadien, dormant de 3 heures à 15 heures, fumant par ailleurs beaucoup et n'ayant aucune activité physique. Des

limitations sont admises, mais pas une incapacité de travail. L'activité antérieure de mécanicien de précision impliquait le tournage de grosses pièces. Cette activité est trop lourde. Une activité adaptée est possible à temps plein si les limitations suivantes sont respectées : pas de déplacement sur de longues distances, pas de lourdes charges répétitives, horaires fixes et réguliers en raison de son traitement. Une diminution de rendement de 25 % peut être admise en raison de la fatigue. Sur le plan psychique, Monsieur B. _____ est le cadet d'une fratrie de 5, issu d'un milieu rural turc a obtenu un brevet de technicien de chantier et a travaillé 6 mois en [...]. Il est venu ensuite en Suisse où il a travaillé plusieurs années dans la mécanique, avant de perdre son emploi pour des raisons administratives. Il y a eu à son arrivée en Suisse un mariage blanc qui a peut-être joué un rôle dans la perte de l'emploi. Peu après, il a été découvert séropositif, ses médecins se sont mobilisés pour qu'il ait une situation administrative régulière et lui permette un retour à sa place de travail. Il a cependant été déclaré inapte définitivement après un an. L'examen clinique est dans un premier temps assez proche des observations du Dr F. _____, Monsieur B. _____ se montrant sombre, renfermé, avec tristesse sous-jacente, d'une humeur abasée, parlant peu et uniquement des aspects négatifs de sa situation, à savoir sa solitude qui est seulement évoquée. Cette impression se modifie par la suite. On constate alors que Monsieur B. _____ est très largement non collaborant, évasif et flou dans ses réponses, pas du tout enclin à donner des informations quant à sa situation personnelle, sociale et psychique, malgré la présence d'un traducteur et une attitude bienveillante. Il est resté sans changement dans son refus de s'ouvrir plus à la discussion. Nous avons dû beaucoup insister pour obtenir quelques clarifications. Nous avons ainsi appris que son mariage était blanc et qu'il y a probablement eu des relations sexuelles avant et après. Contrairement à la notion de solitude, nous avons aussi appris que Monsieur B. _____ a un cercle assez large de connaissances avec lequel il communique via Internet. Il fréquente aussi un cercle de compatriotes qu'il voit assez régulièrement dans les alentours de [...], pour jouer aux cartes ou voir des matchs de foot. Il a finalement clairement évoqué et reconfirmé qu'il ne souffre pas d'un problème de dépression ou d'isolement, mais que sa crainte principale est que ses prestations de l'assurance-invalidité et caisse de retraite soient diminuées. Monsieur B. _____ est un homme très largement déconditionné physiquement, mais aussi dans tout ce qui concerne une éventuelle perspective de reprise d'activité. Sa plainte principale est la fatigue, élément subjectif difficile à vérifier, et qui peut être liée à la médication, mais aussi à son inversion de rythme, étant pratiquement actif jusqu'à 3 heures du matin, dormant ensuite jusqu'à 15 heures. Il est vrai qu'il s'agit d'un homme de petite taille, de constitution faible, de plus maigre, sans aucune réserve physique, évoquant un aspect bizarre, avec une exophtalmie, mais sans psychopathologie avérée. On peut retenir par contre une situation de dysphorie/dysthymie, associée à une forme de désinvestissement des valeurs de la vie, Monsieur B. _____ se posant la question de à quoi est-ce que tout sert. Ceci n'entre pas dans une nosographie particulière et est d'ordre extra-médical. En conclusion, l'atteinte psychique est légère, on notera qu'il n'y a aucun suivi spécifique par [un] psychiatre, ni traitement psychotrope. L'état dysphorique évoque de loin un état dépressif et peut être confondu avec celui-ci. Il n'est pas représenté dans la classification internationale comme tel. La notion la plus proche est celle de la dysthymie. Il s'agit d'un état d'humeur fluctuante avec des éléments d'insatisfaction, de mal-être diffus, amertume de vie, irritabilité, agressivité réactive et humeur morose. Cet état peut être assez intense, mais n'empêche pas un fonctionnement dans la réalité. Nous avons trouvé plusieurs aspects de ce diagnostic chez Monsieur B. _____. Il y a par ailleurs de nombreux facteurs

extra-médicaux, notamment le déconditionnement sur plusieurs plans, ainsi que culturels assez importants. Nous avons aussi constaté que l'assuré fait très peu d'efforts pour s'intégrer, qu'il parle toujours spontanément de chez nous et que son système de référence se situe dans le monde de ses compatriotes turcs. La capacité de travail est complète en temps sans diminution de rendement ». b) Dans le cadre de l'instruction de sa nouvelle demande de prestations, le recourant s'est soumis à des investigations psychiatrique et somatique (rhumatologique, cardiologique et de médecine interne) au sein du Centre S._____, dont le rapport a été rédigé le 28 juin 2019. Les conclusions des experts rejoignent sensiblement celles retenues en leur temps par les spécialistes du Centre G._____, ainsi qu'il sera exposé dans les considérants qui suivent. On relèvera, à ce stade, que d'un point de vue formel, le rapport d'expertise remplit les exigences posées par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 6b ci-dessus), en ce sens qu'il repose sur des investigations cliniques minutieuses et sur l'ensemble des éléments d'anamnèse pertinents, tout en relatant les plaintes du recourant. Les différents spécialistes mandatés ont fourni des conclusions motivées et exemptes de contradictions, tout en exposant les conséquences de la collaboration approximative du recourant dans le cadre des différents examens. 10. a) Du point de vue rhumatologique, la Dre T._____ du Centre S._____ a fait état d'un statut ostéoarticulaire globalement superposable à celui relaté en août 2011 par les experts du Centre G._____. Elle a en effet synthétisé ses constats comme suit (cf. expertise rhumatologique, annexe 1, p. 14 et 15 du rapport du 28 juin 2019) : « [...] Actuellement, les plaintes de Monsieur B._____ concernent des douleurs à la hanche gauche, lesquelles apparaissent à la station debout prolongée, à la marche et lors des changements météorologiques, particulièrement lorsqu'il fait froid et humide. Il ne se plaint pas de lombalgies actuellement. L'examen clinique actuel est dans les limites de la norme en ce qui concerne le rachis lombaire. L'examen de la hanche gauche objective des douleurs lors de la mobilisation et une diminution des amplitudes articulaires par rapport à la droite. La palpation rétro-trochantérienne gauche est un peu douloureuse. Le status neurologique est dans les limites de la norme, ne relève aucun déficit sensitivomoteur. La fracture pertrochantérienne gauche survenue en 2007, ostéosynthésée par clou Gamma, avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en avril 2008, a bien évolué, bien que radiologiquement il persiste des importants remaniements au niveau du massif trochantérien en particulier, mais l'espace articulaire est conservé. Les radiographies de la colonne lombaire du 03.05.2019 n'ont montré que des troubles statiques modérés et des troubles dégénératifs non significatifs. Les radiographies du bassin du 03.05.2019 ont montré des coxa profunda des deux côtés sans pincement articulaire significatif avec un morphotype CAM des deux côtés, une ossification labrale des deux côtés, ce qui laisse supposer un possible conflit fémoro-acétabulaire, qui se traduit à l'examen clinique par une manœuvre de quatre positive et d'importants remaniements du fémur proximal gauche, surtout au niveau du massif trochantérien (cf. fracture ostéosynthésée avec AMO [réf. : ablation du matériel d'ostéosynthèse]). Nous n'avons pas constaté de réelle aggravation de l'état de santé de Monsieur B._____ sur le plan ostéoarticulaire depuis l'expertise réalisée au Centre G._____ en 2011. Nous estimons également que l'ancienne activité professionnelle n'est plus réalisable, mais qu'une activité adaptée peut être retenue à un taux de 100 %, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas de déplacement prolongé, pas de montée ou descente itérative d'escaliers ni de pentes, pas de travail en hauteur sur échelle ni échafaudage, pas de port itératif de charges lourdes supérieures à 10 kg, pas de travail avec engins émettant des vibrations, pas de travail accroupi ou agenouillé. Dès lors,

on peut admettre que, à l'instar des experts du Centre G._____, une activité adaptée était possible dès la définition de leur date [...] ». b) On peut en l'occurrence retenir les observations de la Dre T._____ dans son domaine de compétence, lesquelles ne sont contredites par aucune pièce médicale émanant des médecins traitants du recourant. Celui-ci ne formule du reste aucun grief sur l'appréciation rhumatologique de son cas, dans le cadre duquel aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'a été mis en évidence.

11. a) Il en va de même sur le plan de la médecine interne. Les médecins du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C._____ ont apporté, le 5 juin 2018, une « infection VIH bien contrôlée sous le traitement en cours » dans le contexte d'un suivi ambulatoire « depuis de nombreuses années ». b) Quant aux observations du Centre S._____, le Dr Z._____ s'est exprimé comme suit (cf. expertise de médecine interne, annexe 4, p. 31 et 32 du rapport du 28 juin 2019) : « [...] Il s'agit d'un expertisé turc chez qui on a diagnostiqué, en 1996, une infection HIV stade C3 d'origine probablement hétérosexuelle, et qui a bénéficié d'une trithérapie avec, par la suite, des infections intestinales (iléite) à cytomégalovirus ; il a subi, en 1996, deux interventions chirurgicales pour résection iléo-caecale en raison d'une perforation, l'autre pour bride. Par la suite, a présenté un état anxio-dépressif sévère [...]. L'expertisé a présenté une ostéoporose diffuse avec fracture pertrochantérienne gauche en 2007 suite à un traumatisme, traitée par clou Gamma retiré après un an. Il présente un syndrome broncho-obstructif chronique sur tabagisme actif avec colonisation bronchique par *Mycobacterium gordonae* en 2004. Une syphilis primaire a été traitée en 2006. En novembre 2018, Monsieur B._____ a présenté un infarctus NSTEMI sur sub-occlusion de l'IVA avec mise en place d'un stent ; une récurrence des douleurs thoraciques a conduit à une nouvelle hospitalisation au Centre hospitalier C._____ avec mise en place de deux stents sur la CX [réd. : artère circonflexe] proximale et moyenne. Ensuite, il a bénéficié d'une réadaptation cardiaque [...]. Concernant la médecine interne générale, tous les traitements ont été donnés dans les règles de l'art et suivis par l'expertisé, qui continue à prendre sa trithérapie et les médicaments pour l'hypertension, l'hyperlipidémie et l'ostéoporose. Il n'y a pas eu de mesures de réadaptation. [...] Il y a une cohérence et une plausibilité vis-à-vis des traitements reçus et des pathologies présentées. Malgré le problème cardiaque, l'expertisé continue à fumer 40 cigarettes par jour et n'a pas l'intention d'arrêter. Il n'y a pas d'information divergente ressortant du dossier médical. [...] » Le Dr Z._____ a estimé la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de « tourneur de grosses pièces », mais entière dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20 % consécutive à la fatigue chronique due à la trithérapie. Il a ainsi rejoint l'appréciation formulée en son temps par les spécialistes du Centre G._____, ce qui apparaît parfaitement congruent eu égard aux constats cliniques. On peut donc se rallier aux conclusions du Dr Z._____, lesquelles convergent au demeurant avec les informations communiquées par le Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C._____.

12. S'agissant de l'évaluation cardiologique communiquée par le Centre S._____, singulièrement par le Dr X._____, on soulignera que l'examen corrélatif s'est justifié du fait de l'apparition d'une nouvelle problématique de ce registre en fin d'année 2018. a) Le Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier C._____ a évoqué des douleurs thoraciques à l'issue du rapport adressé à l'intimé le 5 juin 2018. Ces douleurs, accompagnées de dyspnées à la marche, avaient fait l'objet de multiples investigations, mais demeuraient sans substrat organique objectivé selon les Drs J._____ et N._____. Le 28 novembre 2018, le recourant a toutefois été hospitalisé en raison d'un infarctus non-STEMI et pris en

charge ultérieurement par la Dre R._____. Celle-ci a relaté l'évolution de l'état de santé de son patient dans ses rapports successifs des 5 février 2019, 12 mars 2019 et 18 juin 2019. Elle a tout d'abord fait état des éléments suivants le 5 février 2019 : « [...] M. B._____ est un patient de 52 ans qui me consulte spontanément et me demande de le prendre en charge sur le plan cardiovasculaire. La consultation est faite dans sa langue maternelle. Le patient est sorti il y a quelques jours du Centre hospitalier C._____ où il a été hospitalisé pendant une semaine pour un infarctus NSTEMI sur lésion bitronculaire et stenting de l'IVA moyenne qui présentait une occlusion. Cet examen a mis en évidence également des lésions serrées de la CX. A l'anamnèse, le patient me décrit la persistance d'une oppression thoracique lorsqu'il monte les escaliers et à 100 m de marche. Il est en attente d'une convocation pour une coronarographie élective dans les prochaines semaines. Au vu de la symptomatologie du patient et de ses facteurs de risque, j'ai pris contact avec le Service de cardiologie du Centre hospitalier C._____ et le patient a été contacté en urgence pour une angioplastie élective, en date du 12 décembre ; il a bénéficié d'un double stenting de la CX proximale et moyenne avec une sténose résiduelle de 30 % sur la partie moyenne de la CX. [...] » Quant au rapport 12 mars 2019, il mentionne une évolution favorable comme suit : « [...] M. B._____ est un jeune patient de 52 ans ayant présenté un infarctus non-STEMI en novembre 2018 et une maladie coronarienne bitronculaire, ayant bénéficié de stenting au niveau de l'IVA proximale, de la CX proximale et de la CX moyenne. Actuellement, après la réadaptation cardiovasculaire, le patient est stable. Il décrit une dyspnée à l'effort. Il n'a pas de douleurs thoraciques et il se plaint principalement de trouble du sommeil. Il ne présente pas de palpitations. L'ECG [réd. : électrocardiogramme] réalisé ce jour est normal et montre une disparition des troubles de repolarisation présents à l'ECG précédent. L'échographie cardiaque montre une bonne récupération de la fonction cardiaque par rapport au contrôle réalisé lors de l'hospitalisation au Centre hospitalier C._____. M. B._____ présente une dyspnée à l'effort qui actuellement ne peut être expliquée par un problème cardiologique seul, le patient présentant un tabagisme sévère. [...] » b) L'examen réalisé par le Dr X._____ pour le compte du Centre S._____ a permis de rapporter les éléments ci-après (cf. expertise cardiologique, annexe 3, p. 25 du rapport du 28 juin 2019) : « [...] L'expertisé présente un NSTEMI à risque modéré le 27.11.2018 avec mise en évidence angiographiquement 24 heures plus tard d'une occlusion de l'IVA proximale traitée par angioplastie et pose de stent actif. La performance contractile est évaluée, à cette date, à 53 % sur une akinésie septo-apicale. Une 2^{ème} intervention, cette fois-ci coronarographie élective, s'avère nécessaire le 12.12.2018 pour traiter par dilatation et stenting deux lésions de l'artère circonflexe. Depuis lors, l'évolution cardiologique est simple et favorable. L'évaluation du jour le démontre, également, avec une normalisation de la FEVG [réd. : fraction d'éjection du ventricule gauche] globale, l'absence d'élément clinique pour un angor résiduel. La capacité physique discrètement à modérément réduite est imputable à un déconditionnement musculaire et un désentraînement. [...] La prise en charge cardiologique a été menée de manière ad hoc, selon les recommandations en vigueur. L'expertisé a bénéficié d'une revascularisation percutanée in toto. La prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire pharmaco-influencable semble adaptée. Néanmoins, le pronostic reste négativement influencé par la continuation d'un tabagisme à 2 paquets par jour. [...] L'état clinique de l'expertisé avec épuisement, mutisme, incurie, ne saurait être expliqué par sa situation cardiovasculaire. [...] » Le spécialiste du Centre S._____ a conclu à une capacité de travail préservée dans tous types d'activités, sur le plan strictement cardiologique, préconisant uniquement un réentraînement musculaire. c)

Quoi qu'en dise le recourant, les informations communiquées par la Dre R. _____ ne viennent pas contredire les observations consignées au sein du Centre S. _____ par le Dr X. _____. En particulier, la cardiologue traitante a clairement relaté une situation stabilisée dans son rapport du 12 mars 2019. Dans un rapport subséquent du 18 juin 2019, produit auprès de l'intimé au stade de la procédure d'audition, elle a exposé avoir soumis son patient à un test d'effort sur vélo, lequel n'avait pu être mené à bien en raison de douleurs de la cuisse gauche. Elle a dès lors envisagé un bilan vasculaire, dont les résultats sont, en l'état, inconnus, le recourant ayant souhaité patienter jusqu'à la décision de l'intimé avant de plus amples examens. La Dre R. _____ a au surplus évoqué un suivi agendé durant l'hiver suivant. d) Compte tenu de ces éléments, on peut considérer que la pathologie cardiaque survenue en novembre 2018 est responsable, tout au plus, d'une incapacité de travail temporaire, au plus tard jusqu'aux constats d'évolution favorable rapportés le 12 mars 2019 par la Dre R. _____. En l'absence d'influence durable sur la capacité de travail et de nouvelles limitations fonctionnelles, on peut déduire que la problématique cardiologique n'est pas constitutive d'un motif de révision en vertu de l'art. 17 LPGA. 13. a) Sur le plan psychique, la Dre M. _____ a indiqué, le 6 juin 2016, que le recourant présentait « un état dépressif en relation avec son HIV depuis plusieurs années » et que cette dépression s'était « aggravée depuis 2010 surtout après les litiges avec l'Office AI ». Elle relevait une anhédonie, une isolation complète avec évitement social. Le recourant apparaissait négligé, triste et colérique, pouvant « se taper la tête contre les murs ou le visage avec les poings », ou encore « casser du matériel électroménager chez lui ». La thymie demeurait « très déprimée » et « la colère contre lui-même et contre les instances assécurologiques l' [épuisaient] énormément tant sur le plan physique que psychologique ». De l'avis de cette praticienne, la capacité de travail était nulle. La Dre M. _____ a pour l'essentiel réitéré ces mêmes propos le 19 avril 2017, à l'attention du mandataire du recourant. Elle a précisé avoir débuté sa prise en charge à partir de mai 2013. Elle relatait une aggravation de l'état psychique « depuis 2015, surtout après les litiges avec l'Office AI ». Elle estimait que l'état psychique de son patient se détériorait constamment. Ayant repris le suivi du recourant dès janvier 2018, la Dre Q. _____ et la psychologue I. _____ ont exposé, par rapport à l'intimé du 1^{er} octobre 2018, que le recourant souffrait d'une dépression sévère et chronique, sans symptômes psychotiques, depuis 1996. La capacité de travail était nulle. L'état dépressif sévère était consécutif au diagnostic de VIH et aux lourds traitements somatiques. La thymie était abaissée en présence d'un patient ralenti et apathique au contact laborieux. Il relatait des troubles du sommeil, de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une irritabilité, une anhédonie et une perte d'appétit. Une médication et un traitement psychiatrique intégré étaient nécessaires. b) Le recourant a été examiné par l'expert psychiatre du Centre S. _____, le Dr W. _____, lequel a mis en évidence ce qui suit (cf. expertise psychiatrique, annexe 2, p. 19 – 21 du rapport du 28 juin 2019) : « [...] 4. Constatations 4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure Signalons que l'expertisé était presque endormi à la salle d'attente et qu'il a eu beaucoup de difficultés à marcher jusqu'à la salle d'examen. Lent, ralenti, très fatigué, presque endormi, il a eu énormément de peine à répondre à nos questions et, ainsi, l'entretien a été très laborieux à gérer. 4.2 Compréhension linguistique Nous avons eu recours à un traducteur qui nous a transmis ses difficultés à comprendre l'expertisé vu son état. 4.3 Constatations lors de l'examen Il s'agit d'un expertisé faisant son âge, chauve, aux yeux marrons, portant une barbe. C'est un cousin qui l'a amené en voiture car il n'a pas le permis de conduire. Il est arrivé 20 min en retard, sans s'excuser. Edenté,

avec des problèmes à articuler, visiblement fatigué et par moments presque endormi, l'expertisé n'a pas collaboré comme nous pouvions l'attendre lors d'un examen d'expertise. L'expertisé est mal orienté aux trois modes, soit dans le temps, l'espace et concernant sa situation. Il présente des troubles de l'attention, de la concentration, de l'appréciation et de la compréhension, ainsi que de la mémoire des faits récents et d'anciens souvenirs. Nous n'avons pas pu mesurer son quotient intellectuel. En ce qui concerne la lignée psychotique au moment de l'entretien, nous constatons que l'expertisé n'a pas le regard ni le contact d'une personne psychotique, et nous n'avons pas pu observer d'hallucinations ni d'idées délirantes. Concernant l'interprétativité et les idées de concernement, il nous a été difficile de les investiguer étant donné l'état de l'expertisé. Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, nous n'avons pas constaté de tristesse ; lorsque l'expertisé nous regarde, son regard est vif et n'est pas celui d'une personne déprimée. Présence d'un ralentissement psychomoteur important étant donné les troubles cognitifs massifs. Nous avons cru comprendre qu'il n'avait pas d'idées noires, qu'il n'a jamais fait de tentative de suicide et qu'il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Nous n'avons pas pu obtenir des renseignements concernant son sommeil. Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Le contact n'est pas manipulateur ni provocateur. Pas de contact familier avec l'expert. Concernant le registre anxieux, bien que l'expertisé nous ait parlé d'une tension interne et d'une nervosité, celles-ci n'étaient pas présentes pendant l'entretien. Nous n'avons pas pu savoir s'il a des phobies ou des rituels. Nous n'avons pas pu investiguer la présence de signes cliniques d'un PTSD [réd. : syndrome de stress post-traumatique], de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars. Nous n'avons pas non plus pu savoir si l'expertisé a des troubles alimentaires, du genre boulimie ou anorexie. Par rapport aux conduites d'addiction, l'expertisé nous dit tout simplement qu'il fumait et ne consommait pas d'alcool ni de drogue.

5. Informations éventuelles fournies par des tiers (y c. médecins traitants) L'examen neuropsychologique, validé par l'expert psychiatre, est interrompu après 1 ½ heures, après une poignée d'épreuves seulement puisque l'expertisé est somnolent et les résultats par conséquent difficilement interprétables (Annexes). Aux quelques épreuves neuropsychologiques qui ont pu être réalisées, les résultats sont difficilement interprétables en raison de la somnolence de l'expertisé. Des tests conçus pour détecter un effort incomplet dans la recherche des réponses (TOMM et 15 signes de Rey) parlent en faveur d'une allocation insuffisante des ressources de l'expertisé durant l'examen mais son état somnolent limite cette interprétation. Un bilan neuropsychologique devrait être réitéré lorsque l'état de l'expertisé sera amélioré. L'examen neuropsychologique de ce jour n'est pas contributif dans l'expertise actuelle. [...]

6. Diagnostics Après un entretien très laborieux où nous n'avons pu obtenir que peu d'informations et peu de réponses à nos questions, nous devons nous baser exclusivement sur nos observations. Le regard vif et l'absence d'humeur dépressive pendant l'entretien nous font exclure un diagnostic du registre dépressif et, dans ce sens-là, nous nous éloignons notamment des rapports de la Dre M. _____ et du Centre P. _____. Les troubles de l'orientation ainsi que les troubles cognitifs massifs ne correspondent à aucune entité psychiatrique selon les critères de la CIM-10, motif pour lequel nous retenons l'hypothèse d'une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologique F68.0 ; il s'agit de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, amplifiés ou entretenus par l'état psychique du sujet ayant une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière, ce que nous avons compris de l'entretien vu que l'expertisé n'admet pas que l'Al ne lui reconnaisse pas sa maladie. Ce diagnostic est plutôt un diagnostic d'exclusion étant

donné que nous n'avons pas pu observer des signes cliniques d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité selon les critères de la CIM-10. De plus, l'état de somnolence de l'expertisé n'a aucun lien avec la prise de médicaments ; en effet, le dosage plasmatique montre que les antidépresseurs sont très en dessous de la valeur thérapeutique et les benzodiazépines sont indétectables.

7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

D'origine turque, nous avons compris que l'enfance et l'adolescence de l'expertisé se sont déroulées sans difficulté, qu'il a suivi la scolarité et a travaillé, qu'il est arrivé en Suisse en 1988 où il a toujours travaillé jusqu'en 1995 quand sont apparues les premières manifestations cliniques du VIH. L'importante fatigue, le ralentissement ainsi que les troubles cognitifs massifs et les troubles de l'orientation ne font partie d'aucune entité clinique selon la CIM-10 ; ainsi, nous n'avons pas pu retenir de maladie psychiatrique. Concernant les mécanismes adaptatifs de cet expertisé, il nous a été difficile de les investiguer.

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

Monsieur B._____ est suivi par un psychiatre 1 fois toutes les 3 semaines. Les dosages plasmatiques montrent que le taux d'Escitalopram et de Mirtazapine sont très en dessous de l'intervalle thérapeutique, alors que le Nordazépam et l'Oxazepam sont indétectables ; le Lorazépam est dans la valeur thérapeutique. Bien que, du point de vue psychiatrique il n'y ait aucune contre-indication à une mesure de réadaptation, celle-ci serait vouée à l'échec étant donné l'attitude de l'expertisé.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Dans un entretien laborieux au vu de l'attitude de l'expertisé – qui n'avait aucune plainte psychique –, nous avons constaté des incohérences ; par exemple, il dit ne pas pouvoir sortir alors qu'il va jusqu'à 3 fois par semaine à [...]. La présentation de l'expertisé, avec des troubles massifs, nous paraît peu cohérente.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Scolarisé, l'expertisé a ensuite travaillé jusqu'à l'apparition des symptômes de l'HIV vers 1995. Si nous nous basons sur la présentation clinique de Monsieur B._____, avec des troubles massifs, nous pouvons difficilement l'imaginer travailler. Néanmoins, en l'absence d'une entité clinique psychiatrique selon les critères de la CIM-10, il nous est difficile d'évaluer des limitations fonctionnelles. [...] » L'expert psychiatre du Centre S._____ a conclu qu'étant donné la présentation de l'expertisé, une activité lucrative paraissait difficilement envisageable. Cela étant, le diagnostic retenu était un « diagnostic d'exclusion qui n'[était] en soi pas incapacitant » (cf. expertise psychiatrique, annexe 2, p. 21 et 22 du rapport du 28 juin 2019).

c) Le recourant estime que cette appréciation psychique ne serait pas probante, faute notamment d'être complète. Il met en exergue, dans ce contexte, les rapports de ses psychiatres traitants, qui justifieraient selon lui la reconnaissance d'une affection psychique incapacitante de longue date.

d) Le recourant ne saurait toutefois être suivi. En effet, le Dr W._____, pour le compte du Centre S._____, a exposé les motifs, ressortant de son observation clinique, l'ayant conduit à écarter tout diagnostic psychique, au profit d'une majoration des symptômes ne relevant pas d'une pathologie psychiatrique. Il a en particulier exposé les importantes discordances entre le comportement du recourant et la pauvreté des constats cliniques, ainsi que la collaboration défaillante de l'intéressé (cf. rapport du Centre S._____ du 28 juin 2019, annexe 2, p. 20). On peut d'ailleurs relever que son appréciation est proche des observations rapportées en son temps par le Dr K._____ pour le compte du Centre G._____. Ce dernier relevait clairement un défaut de collaboration du recourant, en présence de nombreux facteurs extra-médicaux (cf. rapport du Centre G._____ du

23 août 2011, notamment p. 13) Quoi qu'en dise le recourant, les rapports de ses psychiatres traitants sont largement sujets à caution, dans la mesure où aussi bien la Dre M. _____ que la Dre Q. _____ mentionnent des troubles importants uniquement sur la base des déclarations de leur patient, y compris pour des périodes où ce dernier a pourtant été en mesure d'exercer une activité lucrative. Elles font en effet toutes deux état de troubles dépressifs depuis de nombreuses années (1996), à des dates au demeurant bien antérieures à leur prise en charge respective (dès mai 2013 pour la Dre M. _____ et janvier 2018 pour la Dre Q. _____). La Dre M. _____ a par ailleurs confusément relaté des dégradations liées aux procédures opposant le recourant à l'intimé en 2010 et/ou 2015, sans étayer la mesure de ces aggravations. On peut également s'étonner que des troubles massifs aient été diagnostiqués par ces psychiatres en l'absence démontrée de toute compliance au traitement médicamenteux allégué (cf. rapport du Centre S. _____, annexe 2, p. 21). On peut en définitive considérer que l'appréciation du Dr W. _____ fournit un tableau clinique cohérent (eu égard notamment aux considérations rapportées en son temps par le Dr K. _____), en l'absence de toute évolution et de tout signe évocateur d'une atteinte à la santé psychique d'une certaine gravité, ainsi que faute de collaboration du recourant à la mission d'expertise.

14. a) En définitive, les experts du Centre S. _____ ont communiqué leur évaluation consensuelle du cas comme suit, en cohérence avec leurs constats cliniques respectifs : « [...] 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici 100 % d'incapacité dans l'ancienne activité sur le plan ostéoarticulaire et de médecine interne. De même, comme écrit ci-dessus, l'expert psychiatre estime que la présentation de l'expertisé est un frein à l'exercice d'une activité professionnelle, bien que le diagnostic d'exclusion retenu – majoration des symptômes – ne soit pas incapacitant. 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée L'expertisé est apte à travailler à 80 %, soit un plein temps avec diminution de rendement de 20 % en raison d'une fatigue due à la trithérapie. 4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) La capacité de travail est retenue à 80 %, (CT [réd. : capacité de travail] 100 % avec une perte de rendement de 20 %) en raison de la fatigue due à la trithérapie en cours pour HIV. 4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail Sur le plan de la médecine interne, cardiologique : réentraînement à l'effort, arrêt du tabac indispensable tant pour des raisons cardiovasculaires que pulmonaires. Sur le plan rhumatologique Il n'y a pas de proposition spécifique à faire pour améliorer réellement la capacité de travail de cet expertisé, sinon reprendre l'avis d'un orthopédiste. Sur le plan psychique, nous relevons le fait que cet expertisé, à notre connaissance, n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, alors qu'on parle d'un trouble dépressif chronique depuis des années sans aucune amélioration. Peut-être qu'une observation en milieu psychiatrique pourrait apporter les éléments propres à comprendre l'état psychique de l'expertisé. [...] » b) Le recourant soutient que les constats rapportés par le Centre S. _____ requièrent un complément d'instruction. En l'absence de conclusions jugées fiables, notamment sur le plan psychique et neuropsychologique, il est à son avis justifié de diligenter de nouveaux examens. Il estime d'ailleurs qu'un tel complément aurait dû être mis en œuvre par l'intimé au stade de la procédure administrative. Or, l'estimation de la capacité de travail du recourant, citée ci-dessus, repose sur une appréciation globale, exhaustive et consensuelle de son cas. Elle s'inscrit dans la logique des constats consignés par les experts du Centre S. _____ et de l'appréciation expertale antérieure versée à son dossier. Le recourant ne produit aucune pièce médicale nouvelle, en particulier sur le plan psychique, qui viendrait justifier

l'instruction complémentaire qu'il requiert. On peut donc rejeter sa requête tendant à l'organisation d'une expertise judiciaire par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d) et s'en tenir aux conclusions communiquées par le Centre S._____. On ajoutera, dans ce contexte, que compte tenu du diagnostic de majoration des symptômes pris en compte, soit d'un facteur d'exclusion, il s'avérait inutile de recourir à l'examen structuré au moyen des indicateurs pertinents en cas de troubles psychiques. On relèvera de toute façon que le Centre S._____ a mis en évidence à satisfaction que le tableau clinique présenté n'atteignait pas un degré de gravité fonctionnel important et que le critère de la cohérence, en l'absence de toute collaboration du recourant, faisait manifestement défaut en l'espèce. c) Le recourant fait enfin valoir que l'appréciation de son cas était entachée de partialité, étant donné que le Centre S._____, singulièrement son expert psychiatre, a eu connaissance de ses antécédents avec l'intimé. aa) Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA, cités ci-avant sous consid. 3a). Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité ; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). bb) On peut d'emblée écarter in casu les griefs de partialité du centre d'expertise soulevés par le recourant. Il ressort précisément de la jurisprudence fédérale citée supra (cf. consid. 6b) que la tâche du médecin, respectivement la mission expertale, implique une pleine connaissance du dossier et des investigations pointues sur le plan anamnestique. Dans le cas particulier, il ne fait dès lors pas de doute que les pièces antérieures à la décision du 18 décembre 2012 étaient indispensables aux experts du Centre S._____ pour acquérir une vision complète de la situation et se prononcer en pleine connaissance de cause. d) En conclusion, il s'agit de retenir l'appréciation des spécialistes du Centre S._____ en ce que la capacité de travail du recourant demeure entière, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %, dans une activité correspondant à ses limitations fonctionnelles, lesquelles sont globalement superposables à celles énumérées au sein du Centre G._____ en août 2011. Dès lors, un motif de révision du droit aux prestations du recourant en vertu de l'art. 17 LPGA doit être nié. e) Au demeurant, on relèvera qu'une comparaison des revenus avec et sans invalidité ne permettrait de toute façon pas d'atteindre un degré d'invalidité proche du seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI ; cf. également : comparaison des revenus effectuée par le service de réinsertion de l'intimé le 8 août 2019). 15. Vu les considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 18 décembre 2019 confirmée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du magistrat instructeur du 3 mars 2020 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait

prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA). c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christian Favre, à compter du 3 février 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Favre a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 8 septembre 2020. Il a fait état de 26 heures et 35 minutes déployées depuis le 29 mars 2017, dont 24 heures et 25 minutes par un avocat-stagiaire. Ce relevé ne mentionne qu'une heure et 10 minutes consacrées à la présente procédure sans faire état du temps engagé pour la rédaction du mémoire de recours du 3 février 2020 et de la réplique du 2 juin 2020. Il ne tient pas non plus compte de la décision d'octroi de l'assistance judiciaire désignant Me Favre en qualité d'avocat d'office uniquement à partir du 3 février 2020. Ce relevé ne pouvant fonder la fixation de l'indemnité due à ce dernier, il s'agit donc de l'estimer sur la base des pièces au dossier. On peut en l'occurrence retenir environ 8 heures de travail, déployées par l'avocate-stagiaire de l'étude, pour la rédaction de l'acte de recours et de la réplique adressés à la Cour de céans. Il est précisé que ces écritures reprennent pour partie les arguments précédemment développés au stade de la procédure d'audition par devant l'intimé. On peut ajouter une heure et 30 minutes nécessitées pour la supervision assurée par Me Favre en sa qualité d'avocat breveté. En définitive, on peut considérer que 9 heures et 30 minutes de travail représentent le temps nécessaire et adéquat pour l'ensemble des activités utiles à la défense des intérêts du recourant suite à la décision de l'intimé du 18 décembre 2019. Il convient donc d'octroyer à Me Favre un montant total de 1'300 fr. 50 (compte tenu d'un tarif horaire de 110 fr. pour l'activité de son avocate-stagiaire et de 180 fr. pour celle de l'avocat breveté, débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble des activités requises par la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 18 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Christian Favre, conseil du recourant, est arrêtée à 1'300 fr. 50 (mille trois cents francs et cinquante centimes), débours et TVA compris. 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, par l'envoi de photocopies, à : ■ Me Christian Favre, à Lausanne (pour B. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.