

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 969 vom 8. Dezember 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-12-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_969](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__969)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 969 du 8 décembre 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 969 del 8 dicembre 2016

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, DÉPRESSION, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, SIDA | 28a al. 1 LAI, 28a al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA, 69 RAI, 72bis RAI

### Erwägungen

#### E. 8

heures/semaine par contrat. L'infection HIV est classée Stade B3, la virémie est indétectable. Le bilan neurologique du CHUV n'objective aucunes atteintes somatiques potentiellement incapacitantes mis à part des compressions des nerfs médians que l'assuré ne souhaite pas traiter chirurgicalement actuellement. Le test de la marche effectué en mars 2006 ne montre pas de désaturation, mais une réduction du périmètre de marche. Les fonctions pulmonaires sont normales, de même que l'échographie cardiaque d'octobre 2005 qui ne montre pas d'hypertension pulmonaire. Aucun des médecins interrogés n'attestent d'incapacité de travail depuis 2003, en dehors des hospitalisations. ” Par projet de décision du 8 novembre 2006, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente au motif que ses affections à la santé n'étaient pas invalidantes au sens de l'AI, les médecins interrogés n'attestant pas d'incapacité de travail ouvrant le droit à des prestations depuis 2003. Dans un certificat du 24 novembre 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a attesté que de nouveaux événements entraînant une limitation durable de la capacité de travail de son patient étaient survenus depuis l'envoi d'un rapport à l'AI en novembre 2005. Il certifiait qu'une incapacité totale de travail était en cours depuis le 27 mars 2006, consécutive à la survenance d'embolies pulmonaires, et estimait indispensable une réévaluation de la capacité de travail de l'assuré. A la demande de l'OAI, le Service de pneumologie du CHUV a établi un rapport le 19 mars 2007 consécutif à un examen pratiqué le 27 février précédent. Le Professeur Q.\_\_\_\_\_ et le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants: “ ■ Suspicion clinique et radiologique d'empyème pleural G (depuis 02.2007) ■ Embolies pulmonaires récidivantes sous anticoagulation (depuis 03.2006) ■ Multiples nodules pulmonaires stables ■ Tabagisme actif (>50 UPA) ■ Sida stade B3 sous traitement HAART (CD4 à 450 en octobre 06) ■ Pancréatite alcoolique en 1983 ■ Statut post-candidose orale ■ Hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie d'origine médicamenteuse probable, traitées ■ Etat dépressif traité ■ Œsophagite de reflux diagnostiquée en octobre 2005 ■ Status après appendicectomie ■ Status après cure de tunnel carpien G en mai 2004 ” Ces médecins ont écrit ne pas pouvoir indiquer depuis quand une incapacité de travail d'au moins 20%

dans l'activité habituelle était médicalement attestée, n'ayant pas prescrit une telle incapacité. Ils ont mentionné que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et que la poursuite d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution de la complication infectieuse (ainsi que d'éventuelles séquelles) développée chez un patient immunosupprimé, la récurrence d'embolie pulmonaire pouvant avoir à tout moment des conséquences sur la morbidité/mortalité du patient. Ils ont ajouté que des complications infectieuses et cardiovasculaires, chez un patient HIV et présentant des multiples facteurs de risque cardiovasculaire, pouvaient être observées à moyen-long terme. Dans un avis médical daté du même jour, le Professeur Q. \_\_\_\_\_ et le Dr W. \_\_\_\_\_ ont relevé ce qui suit : “ ■ M. M. \_\_\_\_\_ présente un trouble ventilatoire de type obstructif de degré léger, associé à une diminution de la capacité de diffusion de degré léger. Si la première problématique est vraisemblablement à mettre en relation avec une BPCO [broncho-pneumopathie chronique obstructive] sur tabagisme, la diminution de la DLCO [capacité de diffusion de degré léger] est probablement secondaire aux embolies pulmonaires à répétition en l'absence de lésion grossière emphysémateuse, aux différents CT thoraciques. La dyspnée présentée par le patient (stade III-IV selon NYHA) paraît toutefois disproportionnée par rapport aux répercussions fonctionnelles observées. Une hypertension artérielle pulmonaire (sur maladie thromboembolique, sur HIV) a raisonnablement pu être exclue par examen échocardiographique (28.07.06). En raison d'un questionnaire Nijmegen positif, la présence d'un syndrome d'hyperventilation chronique peut être évoqué, mais cette pathologie reste toutefois un diagnostic d'exclusion et difficile à prouver. Les investigations supplémentaires prévues, y compris ergospirométrie et CT thoracique, n'ont pas pu avoir lieu en raison d'une hospitalisation en date du 28.02.07, dictée par une complication infectieuse aiguë (empyème pleural lymphocytaire cloisonné). ■ Chez les patients atteints d'un trouble ventilatoire de type obstructif, secondaire au tabagisme actif, une amélioration du VEMS [volume expiratoire maximum seconde] et une régression des symptômes est souvent observée la première année après la suspension du tabagisme. L'arrêt complet du tabac permettrait en outre de ralentir l'évolutivité de la maladie, d'autant plus que la combinaison tabac et infection HIV accentue l'évolution de la BPCO. ■ Dans la liste des diagnostics des complications à mettre en relation avec un abus de substances alcooliques sont retrouvées (pancréatite alcoolique en 1983). Nous n'avons toutefois actuellement aucune évidence anamnétique, clinique ou biologique pour confirmer la persistance à ce jour d'un problème d'alcool. Le médecin traitant du patient pourra mieux vous informer à ce propos. ” Dans un avis SMR du 18 avril 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que le rapport de pneumologie précité qualifiait le trouble ventilatoire de léger et recommandait l'arrêt du tabac qui était exigible. Partant, après prise en compte des éléments versés au dossier, les conclusions du rapport d'examen SMR du 31 octobre 2006 étaient inchangées. Par décision du 6 juin 2007, confirmant son projet de décision rendu le 8 novembre 2006, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assuré. Ses constatations étaient les suivantes : “ Résultat de nos constatations : Nous avons soumis l'ensemble de votre dossier au Service médical régional de la Suisse Romande pour examen de votre situation. Les affections qui font l'objet de votre demande de prestations, ne sont actuellement pas invalidantes. Les médecins interrogés n'attestent pas d'incapacité de travail ouvrant le droit à des prestations depuis 2003. ” Par acte du 4 juillet 2007, l'assuré a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances en concluant à l'allocation d'une demi-rente en sus d'un reclassement professionnel à 50%, une expertise comportant des examens fonctionnels étant au préalable requise. Se fondant en particulier sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, il s'estimait inapte

à la reprise de sa profession de serveur. Par jugement du 7 mai 2008 (TASS AI [...] – [...]), le Tribunal des assurances a rejeté le recours. Il a en substance considéré que les rapports médicaux figurant au dossier étaient suffisamment complets et probants pour permettre à l'autorité de statuer en toute connaissance de cause, et sans qu'il n'y ait lieu de se fonder sur des éléments économiques en présence d'un assuré réputé ne présenter aucune affection invalidante selon les avis médicaux. B. L'assuré a présenté une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 30 octobre 2012. Il indiquait être en incapacité de travail totale et souffrir depuis mars 2006 d'infections pulmonaires (embolies et épanchements), d'insuffisance respiratoire (asthme, nodules pulmonaires, apnées du sommeil appareillées et stimulateur implanté) et de sida. La Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH et médecin traitant depuis octobre 2009, a établi un rapport le 26 novembre 2012 dont il résulte notamment ce qui suit : “ Problèmes • SIDA stade B3 avec HLAB 5701 positif • Dyspnée sévère mixte : s/p EP, syndrome d'hyperventilation chronique, asthme et probable BPCO • Bronchorrhée plurifactorielle : CPAP-écoulement post, bronchectasies discrètes centrales, tabac, asthme vs BPCO- pas aspergillus. Ad Nasonex/spiriva inefficace, donc ad humidification CPAP, aérosol Ventolin réveil, Rhinovent. Ad physiothérapie respiratoire en cours. • S/p surinfections pulmonaires récidivantes • SAS sévère-traité par C-PAP • S/p embolies pulmonaires périphériques et ddc mars 2006, récidivantes sous Sintrom-ad HBP • Dlrs basithoraciques gches chr, pose stimulateur médullaire 10.2009 • S/p probable TBC peurale gche 2007 • Obésité stade 1 • HTA • Hypercholestérolémie et hyperTg secondaire antiretroviraux, lipoaccumulation, gynécomastie. • Malaises récidivants d'origine X : 05.12 : consultation syncope : HypoTA orthostatique, 06.12 : Cardio PMU ERGO : significative mais incomplète en termes d'effort. tracé parasité. US bonne FEVG sans tr cinétique ségmentaire. Ad ERGO dans 2-3 ans au vu FRCV vs coronarographie si symptômes. Ad changement médication antiHTA. Ad investigations Plateforme Neuro-VIH • Perturbation des tests hépatiques : ad PBF • Crampes mains gche>dr itératives d'origine X : investigation Neuro-VIH • Consommation OH à risque • Dépendance au tabac [...] ” Description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue : Je connais M. M. \_\_\_\_\_ depuis octobre 2009 ; je ne puis donc pas me prononcer sur l'état de santé antérieur. Par contre, le patient présente actuellement des limitations fonctionnelles majeures. En effet, il souffre d'une dyspnée invalidante grevée de multiples surinfections pulmonaires ainsi que d'une bronchorrhée difficile à contrôler. De plus, M. M. \_\_\_\_\_ présente des malaises récidivants, à raison de plusieurs fois par jour, sans que l'étiologie ne soit encore claire pour le moment. Une évaluation à la Plateforme Neuro-VIH est prévue. Cette dernière évaluera également les douleurs des MI et les crampes présentées par le patient. Par ailleurs, M. M. \_\_\_\_\_ présente des douleurs thoraciques persistantes malgré la pose d'un stimulateur médullaire en octobre 2009. Dans ce contexte, le patient présente une fatigue importante sans qu'il n'y ait d'autres symptômes ni signes d'un épisode dépressif actuellement. D'autre part, comme je l'ai précisé ci-dessus, le patient est suivi par de multiples services et doit encore bénéficier d'investigations au vu des signes et symptômes présentés actuellement. Il est tout-à-fait compliant au niveau des suivis et de la médication. Nouveau degré d'incapacité : L'incapacité de travail est de 100%, sans changement depuis 2006. Le patient n'est pas en mesure de travailler du tout au vu de son état de santé actuel. Pronostic et autres renseignements utiles : Le pronostic est difficile à préciser ; il est tout au plus stationnaire, mais probablement plutôt en aggravation progressive. ” Les documents médicaux suivants étaient joints à ce rapport : - Un rapport du 3 février 2012 du Dr N. \_\_\_\_\_ dont il résulte les diagnostics suivants : “ Diagnostics :

Sida stade B3 - HLAB 5701 positif - Suspicion de tuberculose pleurale (mars 2007) - Candidose orale - Hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie d'origine peu claire (médicaments anti-VIH, familiale, autres...) - Lipoaccumulation abdominale sur médicaments anti-VIH Autres diagnostics : - Douleurs des membres inférieurs de type crampiforme d'origine possiblement neurogène - Troubles mnésiques compatibles avec des troubles cognitifs mineurs liés au VIH - Asthme bronchique possiblement allergique versus BPCO de stade II selon Gold - tabagisme chronique actif (>80 UPA) - hypersensibilité aux acariens et aux moisissures - Syndrome d'apnée du sommeil de type central de degré sévère, appareillé (servo-ventilation) - IAH à 76,4/h en octobre 2008 sous servo-ventilation 2,5/h - Embolies pulmonaires bilatérales périphériques récidivantes sous anti-coagulation par héparine de bas poids moléculaire depuis 2006 : - bilan de thrombophilie négatif - Syndrome d'hyperventilation chronique - Nodules pulmonaires multiples infra-centimétriques séquellaires, stables depuis 2005 - Pleurite tuberculeuse probable diagnostiquée en mars 2007 - biopsie pleurale pariétale gauche par thoracotomie le 31.07.2008. pleurite chronique lymphocytaire avec granulome nécrosant - traitement antituberculeux d'avril à octobre 2007 - Thoracodynies prédominant à gauche après thoracotomie pour pleurite tuberculeuse : - antalgie par stimulation médullaire dès octobre 2009. - Hypertension artérielle - Excès pondéral (BMI 29,5) - Œsophagite par reflux diagnostiquée le 3.10.2005 - Consommation d'alcool à risque - Etat dépressif en 1997 - Status post-pancréatite alcoolique en 1983 en France - Status post-APP " Le Dr N.\_\_\_\_\_ indiquait une modification du traitement antirétroviral prodigué depuis la mi-septembre 2008 en raison de lipodystrophie. Il relevait également qu'un duplex à la PMU en août 2011 n'avait pas montré d'artériopathie périphérique susceptible d'expliquer les douleurs crampiformes du patient, l'étiologie évoquée par les angiologues étant une origine possiblement neurogène. Dans ce contexte, l'assuré était adressé à la Plateforme Neuro-VIH, plateforme où un bilan neuropsychologique, neurologique et clinique et psychiatrique devait être réalisé afin d'objectiver la claudication neurogène. - Un rapport de suivi de traitement par pression positive (CPAP) du 6 mars 2012 dans lequel le Dr P.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) du CHUV, a retenu le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil de type complexe (index d'apnées/hypopnées initial à 76,4/h, polysomnographie d'octobre 2008 : persistance d'événements respiratoires sous CPAP). Ce spécialiste mentionnait une très bonne efficacité du traitement servo-ventilation avec un index d'apnées/hypopnées résiduel à 1,6/heure. Un nouveau rendez-vous de contrôle était fixé dans 6 mois. - Un rapport du 14 mars 2012 de la Consultation de pneumologie ambulatoire du CHUV dont il résulte que l'assuré présentait un nouvel épisode de surinfection bronchique ainsi qu'une exacerbation modérée de son asthme, contrôlée par le traitement de réserve. Au vu de valeurs des fonctions pulmonaires à la limite de l'obstruction bronchique, il était prévu une culture d'explorations à la recherche d'une éventuelle colonisation bronchique avec la réintroduction d'une antibiothérapie de Tavanic® durant sept jours avec, en parallèle, la prescription de Nasonex® ainsi qu'un traitement antitussif. Le traitement de l'asthme était poursuivi. Il était mentionné également que les épisodes, de plus en plus fréquents, de pré-syncope ne trouvaient pas d'explication respiratoire et que le patient allait être convoqué à la consultation de la syncope du CHUV. Le suivi pneumologique était poursuivi par un prochain contrôle le 8 juin 2012. - Un rapport du 4 juin 2012 consécutif à une consultation de la syncope du 23 mai précédent au terme duquel, les Drs R.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et S.\_\_\_\_\_, médecin assistant à la Consultation de Cardiologie

ambulatoire du CHUV ont posé le diagnostic principal d'hypotension orthostatique et observé ce qui suit : “ Discussion : Les investigations effectuées jusqu'à présent nous permettent de poser un diagnostic d'hypotension orthostatique. En effet, l'examen de ce jour nous permet de reproduire de manière fidèle un épisode de malaise avec prodromes sous forme de vertige, sudations et bouffées de chaleur lors du tilt-test combiné aux dérivés nitrés. On note alors sur le plan hémodynamique une chute de la pression artérielle à 52 mmHg sans bradycardie associée. Néanmoins, au vu des nombreux FRCV que présente le patient, d'un R-test ayant objectivé une salve de 6 complexes ventriculaires à 170/min et d'une échocardiographie transthoracique en 2009 démontrant une dysfonction du VG légère (FE 50-55%), nous ne pouvons exclure une arythmie maligne à l'origine de ces malaises. Dans ce contexte, nous proposons donc de réaliser une échocardiographie transthoracique ainsi qu'un test d'effort pour lesquels M. M. \_\_\_\_\_ sera convoqué à domicile. En fonction des résultats de ces examens, la pose d'un Reveal sera rediscutée. A noter finalement des valeurs tensionnelles basses durant le tilt-test chez ce patient bénéficiant d'un traitement d'ARA chez qui nous vous proposons d'effectuer un Remler afin d'optimiser, si nécessaire, son traitement anti-hypertenseur. ” - Les résultats d'un bilan de la fonction ventriculaire du 28 juin 2012 du Service de Cardiologie-Echocardiographie Transthoracique du CHUV dont les conclusions étaient les suivantes : “ CONCLUSIONS VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique globale avec FE mesurée à 64%, sans anomalies de la cinétique segmentaire Pression de remplissage jugée normale OG d'aspect normal Valve aortique d'aspect normal, sans insuffisance détectable Valve mitrale d'aspect normal, avec trace de fuite VD de morphologie et fonction globale normale VCI et veines sus-hépatiques non dilatées HP peu probable mesurée à 27mmHg Pas d'épanchement péricardique Racine de l'aorte de taille normale Septum interauriculaire d'aspect normal, sans shunt détectable par Doppler couleur Valve pulmonaire d'aspect normal. ” - Un rapport d'« Ergométrie – Test de Bruce » du même jour concluait à un examen rassurant associé à un ultrason cardiaque avec une bonne fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) sans troubles de la cinétique segmentaire. - Un nouveau rapport de suivi de traitement par pression positive du 11 septembre 2012 dans lequel le Dr P. \_\_\_\_\_ notait une excellente efficacité du traitement avec une normalisation de l'index d'apnées/hypopnées qui n'était que de 1,5/heure. L'assuré se disait convaincu de la nécessité de poursuivre ce traitement à domicile, un nouveau contrôle clinique étant fixé dans 6 mois. - Un rapport du 11 octobre 2012 des Drs J. \_\_\_\_\_, médecin associé, T. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe et B. \_\_\_\_\_, médecin assistante à la Consultation de pneumologie ambulatoire du CHUV, établi suite à un contrôle du 8 juin 2012 et dont il ressort les diagnostics suivants : “ Diagnostics : • Asthme bronchique modéré (ATS/ERS 2008), partiellement contrôlé (GINA 2010) avec : ■ hypersensibilité anamnestique aux acariens de la poussière et aux moisissures ■ épisodes répétés d'exacerbations • Tabagisme chronique actif (3 paquets/j diminué à 12-15 cig/j depuis env. 1 an) estimé à 80 UPA avec : ■ bronchite chronique sans critères pour une BPCO selon GOLD • Embolies pulmonaires bilatérales périphériques récidivantes avec anticoagulation par HBPM depuis 2006 : ■ bilan de thrombophilie négatif ■ contre-indication à l'anticoagulation orale par Sintrom® ou Xarelto® (rivaroxaban) (interaction avec HAART) • Syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil de type central de degré sévère (IAH initial à 76/h en octobre 2008) appareillé par servo-ventilation (IAH à 2,3/h en août 2011) • Syndrome d'hyperventilation chronique • Pleurite tuberculeuse diagnostiquée en mars 2007 avec : ■ biopsie pleurale gauche par thoracotomie le

31.07.2008 (pleurite chronique lymphocytaire avec granulomes nécrosants) et traitement antituberculeux d'avril à octobre 2007 ■ thoracodynies gauches séquellaires traitées par stimulateur médullaire depuis octobre 2009 ■ nodules pulmonaires multiples séquellaires stables depuis 2005 • SIDA stade B III sous trithérapie avec : ■ virémie indétectable en janvier 2012 ■ lipo-accumulation abdominale médicamenteuse ■ Trouble mnésique compatible avec des troubles cognitifs mineurs liés au VIH • Obésité de grade I selon l'OMS (BMI 31 kg/m<sup>2</sup>) avec : ■ Hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie d'origine multifactorielle (médicaments anti-VIH, familiale, alimentaire) • HTA traitée ■ Hypotension orthostatique • Douleurs des membres inférieurs de type crampiforme d'origine possiblement neurogène (en cours d'investigation) • Œsophagite sur reflux gastro-œsophagien diagnostiquée en octobre 2010 • Consommation d'alcool à risque ■ S/p pancréatite alcoolique en 1983 • Trouble dépressif réactionnel traité • Tunnel carpien bilatéral avec neurolyse gauche en 2004 • S/p appendicectomie ” Ces pneumologues se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé de leur patient au terme de leurs examens complémentaires : “ Les fonctions pulmonaires montrent un syndrome obstructif de degré léger sans réversibilité après Ventolin®. Par rapport à l'examen de février 2012, la CV est améliorée de 400 ml et le VEMS de 250 ml. Nous poursuivons le traitement de fond de Symbicort® et Ventolin® en réserve à même posologie, le patient gérant de façon adéquate celui-ci en cas d'exacerbation asthmatique. Dans le contexte de bronchorrhée chronique, l'analyse microbiologique des expectorations ne met pas en évidence de colonisation bronchique bactérienne ou aspergillaire. Le bilan biologique montre une augmentation des IgE totales (563 kU/l contre 376 en janvier 2011) ainsi qu'une minime eosinophilie à 0.48 G/l, sans argument pour une aspergillose broncho-pulmonaire allergique (IgE spécifiques aspergillaires et précipitines aspergillaires négatives). Il n'y a pas non plus d'hypogammaglobulinémie qui pourrait expliquer les épisodes répétés de surinfection bronchique. Dans le but de contrôler la bronchorrhée et diminuer la fréquence des surinfections bronchiques, nous introduisons un traitement immunomodulateur d'azithromycine (Zithromax®) 250 mg 3 fois par semaine (pas de contre-indication avec le HAART). Nous prescrivons également des aérosols de NaCl hypertonique pour une aide au drainage bronchique et des séances de physiothérapie respiratoire dans le but d'un enseignement au drainage autogène à domicile. En raison de l'étiologie allergique de l'asthme et des IgE totales élevées, nous évaluerons, dans un second temps, l'indication à un traitement de Xolair®, sous réserve de contre-indication avec le HAART. Une proposition de réhabilitation pulmonaire en milieu hospitalier à [...] ou en ambulatoire à l'Hôpital de [...] est refusée par le patient. Un dosage des anticorps anti-pneumocoques à 423 UI/l constitue un taux protecteur. Il n'y a donc pas d'indication à une vaccination de rappel actuellement. Concernant l'anticoagulation en cours, selon avis hématologique du Pr X.\_\_\_\_\_, un traitement anticoagulant par rivaroxaban (Xarelto®) n'est pas indiqué en raison de la probable interaction avec l'inhibiteur des protéases (HAART) qui induit une augmentation des taux plasmatiques du Xarelto® et donc un risque hémorragique accru. L'anticoagulation par HBPN est donc poursuivie. Le Pr X.\_\_\_\_\_ propose de rediscuter avec le Docteur N.\_\_\_\_\_ de la possibilité d'une anticoagulation orale par Sintrom®. Concernant les épisodes de lipothymie, une ergométrie du 28.06.2012 est électriquement et cliniquement négative pour une ischémie myocardique avec une bonne adaptation hémodynamique à l'effort et en phase de récupération, et l'absence d'arythmie significative. Une échocardiographie du 28.06.2012 montre un VG non dilaté, non hypertrophié et de bonne fonction systolique globale (FEVG 64%), l'absence de valvulopathie significative,

un VD de morphologie et fonction globale normale et l'absence d'hypertension pulmonaire (PAPs évaluée à 27 mmHg). Ce bilan est rassurant et les malaises présentés s'expliquent donc le plus probablement par une hypotension orthostatique mise en évidence lors de l'évaluation à la consultation de la syncope en mai 2012. Nous vous laissons le soin de réévaluer l'indication à la poursuite de l'Aprovel® selon les résultats du Remier effectué récemment. Nous avons prévu de revoir Monsieur M. \_\_\_\_\_ dans 3 mois soit le 26.09.2012 avec la réalisation d'une spirmométrie et d'un dosage du NO exhalé. ” - Un courrier du 3 octobre 2012 adressé à la Dresse H. \_\_\_\_\_ par le Dr???. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Département d'Anesthésie et Centre d'Antalgie de l'Hôpital de [...], excluant de façon certaine que le stimulateur médullaire puisse être mis en cause comme un éventuel facteur explicatif des pré-synopes présentées par l'assuré. Dans un rapport du 31 janvier 2013 faisant suite à une consultation à la Plateforme Neuro-VIH au Service de neurologie – Policlinique du CHUV en date du 10 décembre 2012, le Professeur D. \_\_\_\_\_ et les Drs N. \_\_\_\_\_, N.N. \_\_\_\_\_, psychiatre de liaison, A. \_\_\_\_\_, médecin assistant ainsi que K. \_\_\_\_\_, psychologue, ont posé les diagnostics suivants : “ Diagnostic principal • Troubles cognitifs d'étiologie probablement mixte, associés au VIH (minor neurocognitive disorders) et composante thymique • Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique • Crampes nocturnes Diagnostic(s) secondaire(s) Infection VIH connue depuis 1995, stade C3, nadir des CD4 à 56 cell/mm<sup>3</sup> Dernières valeurs (13.09.2012). CD4 +559/mci (30%) virémie indétectable - HLAB5701 positif - suspicion de tuberculose pleurale en mars 2007 - candidose orale - Nodules pulmonaires multiples infra-centimétriques séquellaires stable depuis 2005 - traitement antituberculeux d'avril à octobre 2007 - Thoracodynie prédominante à gauche après thoracotomie pour pleurite tuberculeuse : • biopsie pleurale pariétale gauche par thoracotomie le 31.07.2008 • pleurite chronique lymphocytaire avec granulome nécrosant • antalgie basse par stimulation médullaire dès octobre 2009 Cytolyse hépatique d'origine indéterminée Douleurs des membres inférieurs de type crampiforme d'origine possiblement neurogène Asthme bronchique possiblement allergique versus broncho-neuropathie chronique obstructive de stade II selon Gold Embolie pulmonaire bilatérale périphérique récidivante sous anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire depuis 2006 Syndrome d'apnée du sommeil de type central de degré sévère appareillé (servo-ventilation) Œsophagite de reflux diagnostiquée le 03.10.2005 Etat dépressif en 2007 FRCV. Tabagisme chronique actif (40 UPA), HTA, obésité tronculaire (BMI 29,5 kg/m<sup>2</sup>). Hyperlipidémie. ” Ces praticiens ont en outre indiqué notamment ce qui suit : “ Problèmes et attitude L'adhérence thérapeutique paraît bonne et la virémie est indétectable. A noter toutefois que nous n'avons pu pratiquer ni IRM ni ponction lombaire en raison du stimulateur médullaire. L'anamnèse neurologique évoque des crampes nocturnes banales plutôt qu'un syndrome des jambes sans repos ou une polyneuropathie. A noter qu'il n'y a pas de trouble électrolytique ce jour pour expliquer ces crampes. L'examen neuropsychologique met en évidence un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère (défaut d'incitation et de flexibilité mentale, difficultés d'inhibition, de planification et d'attention divisée, présence de persévérations graphiques et idéiques), accompagné de difficultés modérées à sévères en mémoire antérograde visuelle. Le reste de l'examen apparaît globalement dans les normes. Le tableau cognitif évoque en premier lieu un trouble cognitif modéré lié au VIH dont la répercussion fonctionnelle est difficilement évaluable (patient autonome à domicile mais ayant stoppé depuis plusieurs années des activités exigeantes sur le plan cognitif telles que la conduite automobile). La problématique

thymique associée est probablement contributive mais ne permet pas d'expliquer, selon nous, l'ampleur du tableau cognitif (certaines difficultés exécutives, telles que la présence de persévérations, plaident en faveur d'une atteinte organique). Un bilan d'évolution pourrait être envisagé afin de confirmer le diagnostic, une fois la thymie stabilisée. En raison du caractère récurrent du trouble thymique et de la nécessité de stabiliser la symptomatologie dépressive, la question du traitement et, par ailleurs, la nécessité de mieux élaborer certaines plaintes psychiques, devraient orienter le choix vers une option de suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré sur une longue durée. PROPOSITIONS : - Une réévaluation des troubles cognitifs devrait être réalisée dans le cadre d'une consultation neuro-psychologique 6 mois après l'augmentation du traitement antidépresseur. Si les troubles cognitifs persistent de manière inchangée, il conviendra alors de considérer un changement de la thérapie anti-rétrovirale. - Ad MagnesioCard le soir pour ses crampes nocturnes et Becozyme Forte 1 cp/j (contient entre autres de la vit. B2 qui est bénéfique pour les crampes). - Augmentation du traitement antidépresseur de Remeron de 15mg à 30mg le soir, voire ultérieurement à 45 mg. Si efficacité insuffisante ad switch pour Cipralax 10mg/jour. A l'heure actuelle, le patient est preneur d'une augmentation de son traitement habituel de base mais ne souhaite pas de changement de molécule antidépressive. - Nous (=psychiatres) restons à disposition si M. M. \_\_\_\_\_ souhaite un suivi psychothérapeutique. - Nouvel examen neuro-psychologique 6 mois après l'augmentation du traitement antidépresseur. ” Le 2 août 2013, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a encore transmis à l'OAI les documents médicaux suivants : - Un rapport du 18 janvier 2013 des pneumologues du CHUV où il est écrit que dans le contexte de l'asthme allergique de l'assuré, l'ajout de Singulair était envisageable, sous réserve de l'absence de contre-indication avec le traitement en cours. Le patient avait en outre été rendu une nouvelle fois attentif à l'absolue nécessité d'un sevrage tabagique et encouragé à maintenir une activité physique régulière. Ce dernier était par ailleurs toujours réticent à une réhabilitation pulmonaire en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Une nouvelle évaluation clinique et spirométrique était prévue le 20 février 2013. - Un rapport de suivi de traitement par servo-ventilation du 23 avril 2013 du Dr P. \_\_\_\_\_ dont il ressortait à nouveau une excellente efficacité du traitement avec une normalisation de l'index d'apnées/hypopnées. L'assuré se disait très satisfait du traitement. Un nouveau contrôle clinique étant fixé dans 6 mois. - Un rapport du 25 avril 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_ dont il résulte que la situation était bien contrôlée sur le plan de l'infection VIH, que la consommation d'alcool demeurait excessive et que la prochaine consultation pour un bilan psychologique était prévue dans 6 mois. - Un nouveau rapport du 12 juin 2013 des pneumologues du CHUV établi à la suite de consultations des 20 février et 15 mai 2013, dont il ressort les constatations suivantes : “ Discussion : La situation respiratoire est stable avec une dyspnée persistante chronique. La composante asthmatique est partiellement contrôlée avec une persistance de symptômes nocturnes et matinaux. D'entente avec le Dr N. \_\_\_\_\_, nous renforçons le traitement par du Singulair

## **E. 10**

mg 1x à prendre le soir que le patient a débuté début mai 2013. Le Spiriva et le Symbicort à 400/12 2x/j sont poursuivis, le Ventolin est gardé en réserve. Nous répétons au patient encore une fois l'importance d'un sevrage tabagique et, dans la mesure du possible, une activité physique régulière. Au vu de l'absence de nouvelle surinfection bronchique, il n'y a pas d'indication à introduire une immunomodulation par macrolides pour le moment. Nous reverrons le patient pour un prochain contrôle dans 6 mois. ” Il résulte du rapport du 15

novembre 2013 de V. \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et experte neuropsychologue de la SIM notamment ce qui suit : “ Conclusions Cet examen, effectué chez un assuré adéquat, collaborant, ni ralenti dans le contact ni particulièrement fatigable durant l’examen, nosognosique de ses difficultés cognitives, met en évidence : - Une dysfonction exécutive modérée avec des difficultés de flexibilité mentale, de mémoire de travail, de programmation, d’inhibition et d’incitation non verbale ; - Des difficultés d’attention divisée et d’attention soutenue ; - Un ralentissement modéré de la vitesse de traitement de l’information ; - Des performances sévèrement déficitaires en mémoire épisodique antérograde visuo-spatiale ; - Des praxies constructives à la limite de la norme. + Des capacités de raisonnement et de calcul dans la norme ; + Des gnosives visuelles et des praxies idéomotrices préservées ; + Des capacités langagières orales et écrites satisfaisantes quand on tient compte du niveau scolaire ; + Des performances dans la norme dans un test de mémoire épisodique antérograde en modalité verbale, avec néanmoins une sensibilité aux interférences. Le tableau est celui d’une dysfonction cognitive modérée, à prédominance exécutive et mnésique, corroborant les plaintes de l’assuré et compatible avec un trouble cognitif modéré lié au VIH, globalement superposable à celui observé en décembre 2012 au CHUV. La sévérité du tableau ne peut pas être expliquée uniquement par les troubles thymiques et évoque une atteinte organique. Avec un tel tableau, les limitations sont les suivantes (sur le plan neuropsychologique) : • Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de manière significative l’autonomie de l’assuré dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d’organisation, de prise d’initiative et d’auto-contrôle. • En raison des troubles mnésiques, il faut permettre à l’assuré de prendre des notes et de s’y référer à chaque fois qu’il en a besoin. • Les praxies constructives étant limitées, il vaut mieux éviter les tâches visuoconstructives telles que dessins géométriques, copies de figures ou de plans, etc. ” Le 5 février 2014 le Dr G. \_\_\_\_\_, du SMR, a interpellé le Professeur D. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de neurologie – Policlinique du CHUV, en vue de répondre aux deux questions suivantes : “ • Quel est selon vous l’impact sur la capacité de travail dans l’économie des empêchements neuropsychologiques que vous retenez lors de votre consultation du 10 décembre 2012 ? • Dans une activité adaptée, légère, simple, manuelle, répétitive, subalterne et sans contact avec la clientèle quelle est selon vous la capacité de travail exigible depuis décembre 2012 ? ” Dans un rapport du 2 avril 2014, le Professeur D. \_\_\_\_\_, assisté du Dr F. \_\_\_\_\_ à la Consultation spécialisée de neuroimmunologie du CHUV, a répondu en ces termes au médecin-conseil de l’OAI : “ En réponse à votre courrier du 5 février 2014, voici notre avis suite aux différentes questions que vous nous posez. Nous avons donc examiné ce patient une seule fois en décembre 2012 lors d’une évaluation multidisciplinaire de la plate-forme neuro-VIH. Lors de cette consultation, le patient avait effectivement une diminution de sa capacité de travail, néanmoins difficilement quantifiable à l’époque. En effet, cette consultation n’est pas faite pour évaluer de manière chiffrée la capacité de travail. A l’époque, nous avons fait un certain nombre de propositions thérapeutiques et de réévaluation tel qu’un nouveau bilan neuropsychologique à réévaluer six mois après. Etant donné que nous ne savons pas si cela a été effectué, ni quels en sont les éventuels résultats, nous ne pouvons nous prononcer sur sa capacité de travail actuelle. Néanmoins, il est probable que le patient ait une capacité d’environ 50% en cas d’activité adaptée, légère, simple et subalterne. Nous sommes bien entendu à disposition en cas de question complémentaire. ” Dans un avis SMR du 20 mai 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_

a indiqué ceci : “ Assuré de 48 ans, célibataire, sans enfant, scolarité ordinaire en France, pas de qualification professionnelle, la dernière activité remonterait à janvier 2006 d’après les CI, il semblerait s’agir d’une activité dans la vente à « [...] ». Une aggravation de l’état de santé de cet assuré est démontrée par l’installation de troubles neuropsychologiques remontant à décembre 2012. Il s’agit de minor cognitive disorders s’inscrivant dans un contexte d’HIV (évoluant depuis 1996) d’allure stable sous thérapie antirétrovirale dans un contexte d’épisode dépressif léger (in RM du 31 janvier 2013 Pr D.\_\_\_\_\_). Le bilan neuropsychologique V.\_\_\_\_\_, réalisé en novembre 2013, confirme la persistance de ces troubles. Le médecin de famille signale dans son courrier du 26 novembre 2012 une consommation d’alcool à risque qui est susceptible d’entraver toute mesure de formation ou de réinsertion. Il s’agit d’un problème d’alcool primaire. L’assuré n’a pas d’activité de référence. Dans une activité adaptée, simple, légère, subalterne, sans contact avec la clientèle, le Pr D.\_\_\_\_\_ estime le 25 avril 2014 que la capacité de travail probable est de 50%. Nous faisons nôtre cette appréciation et, ce, dès décembre 2012. ” Par projet du 17 juillet 2014, l’OAI a fait part à l’assuré de son intention de lui octroyer une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2013, soit à l’échéance du délai d’attente, et basée sur un degré d’invalidité de 55%. Sur le plan médical, l’Office faisait siennes les conclusions de son médecin-conseil, le Dr G.\_\_\_\_\_, dans son avis du 20 mai 2014. Dans un courrier du 30 juillet 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a exposé qu’à son sens, les multiples pathologies de l’assuré le handicapaient au quotidien, justifiant l’allocation d’une rente complète. Ce médecin rappelait qu’en sus de ses affections, M.\_\_\_\_\_ n’avait pas travaillé depuis huit ans de sorte qu’il semblait extrêmement improbable qu’il soit apte à exercer quelque activité professionnelle que ce soit. Produisant des pièces déjà au dossier dont notamment le rapport de consultation du 31 janvier 2013 de neurologie du CHUV, elle a joint également les derniers rapports de spécialistes suivants : - Un rapport du 20 septembre 2013 du Dr P.\_\_\_\_\_, confirmant la très bonne efficacité du traitement par servo-ventilation du syndrome d’apnées du sommeil complexe suivi, avec un index d’apnées/hypopnées qui n’était plus que de 0,8/heure. - Les résultats d’un nouveau bilan du 20 septembre 2013 effectué au Service de Cardiologie-Echocardiographie Transthoracique du CHUV superposables aux données récoltées lors du bilan précédent de la fonction ventriculaire du 28 juin 2012. - Un rapport du 22 janvier 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_ dont il ressort notamment ce qui suit : “ Conclusions, traitement et évolution Sur le plan VIH la situation est bien contrôlée, le traitement est poursuivi de manière inchangée. Le patient est d’accord pour un suivi en psychiatrie de liaison pour sa dépression étant donné que malgré l’augmentation du Remeron à 30 mg, il continue à présenter des troubles du sommeil matinaux dont l’étiologie la plus probable demeure un état dépressif sous-jacent. ” - Un second rapport du 13 mai 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_ établi à la suite d’une consultation du 18 mars 2014 où il est écrit qu’étant convaincu de ne pas être déprimé, l’assuré avait arrêté le traitement de Remeron 30 mg faute d’effets suffisants. Il se plaignait toujours de troubles du sommeil, attendant sa convocation par le Dr N.N.\_\_\_\_\_ pour des consultations intensives d’ici juin 2014. - Un rapport provisoire non daté des pneumologues du CHUV rédigé à la suite de consultations des 16 janvier 2014 et 17 juillet 2014, dont il résulte une situation stable sur le plan respiratoire avec des examens et constatations récentes en faveur d’une dyspnée persistante chronique de stade II-III d’origine multifactorielle liée à un emphysème sur tabagisme chronique actif, d’un asthme bronchique modéré et d’un déconditionnement physique. Sur le plan fonctionnel, l’assuré présentait un syndrome obstructif de degré léger non réversible, associé à un trouble de la diffusion de degré moyen à léger stable. Sur le

plan thérapeutique, le traitement avait été modifié avec l'accord du patient qui n'avait pas souhaité poursuivre de la physiothérapie de réhabilitation pulmonaire débutée en novembre 2013. Son attention avait à nouveau été attirée sur l'importance d'une prise en charge sur trois axes principaux afin d'améliorer la dyspnée, à savoir : le sevrage du tabagisme (primordial), une activité physique régulière et l'importance de la compliance thérapeutique au traitement inhalé. Il était prévu de revoir l'assuré dans 6 mois. Le 4 août 2014, l'assuré a fait part de ses objections sur le projet de décision du 17 juillet 2014, observant à ce propos ne pas être capable de travailler à 50% compte tenu de ses multiples problèmes de santé s'aggravant. Il se disait en particulier « très atteint moralement », sous antidépresseurs depuis des années et suivi récemment sur le plan psychique. Dans un avis SMR du 12 août 2014, les Drs G.\_\_\_\_\_ et Z.Z.\_\_\_\_\_ ont maintenu leur position. Le 19 août 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI, les pièces suivantes : - Un rapport du 29 juillet 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_ où il est écrit au terme d'une nouvelle consultation d'infectiologie du 25 juin 2014 que si la situation demeurait bien contrôlée sur le plan VIH, les nombreuses comorbidités somatiques fragilisaient cependant le patient avec une nette diminution de son autonomie pour les activités quotidiennes ou de loisir. - Un rapport du 6 août 2014 dans lequel les Drs G.G.\_\_\_\_\_ et W.W.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant à la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du Service de neurologie du CHUV ont posé les diagnostics suivants : “ Diagnostics – Antécédents – Interventions Polyneuropathie mixte sensitivomotrice mixte d'origine encore indéterminée Comorbidités et antécédents Tunnel carpien bilatéral avec neurolyse gauche en 2004 Consommation d'alcool à risque avec pancréatite alcoolique en 1983 et stéatohépatite discrète Hypertension artérielle traitée Œsophagite sur reflux gastro-œsophagien Obésité de grade I Etat dépressif en 1997 Thoracotomie pour pleurite tuberculeuse avec stimulation médullaire pour antalgie en 2009 Syndrome d'hyperventilation chronique Embolie pulmonaire bilatérale périphérique anticoagulée sous héparine de bas poids moléculaire depuis 2006 Syndrome d'apnées du sommeil de type central de degré sévère, appareillé Tabagisme chronique actif plus que 80 UPA avec asthme bronchique modéré Troubles mnésiques compatibles avec des troubles cognitifs mineurs liés au VIH avec HLA-B 5701 positif Lipo-accumulation abdominale sur médicaments anti-VIH Hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie d'origine peu claire Lipodystrophie sévère Dyslipidémie d'origine mixte, médicamenteuse et familiale Candidose orale Tuberculose pleurale traitée ” A l'occasion de cette consultation du 30 juin 2014, un électroneuromyogramme (ENMG) a été réalisé en complément à l'examen clinique du système nerveux périphérique de l'assuré. Il en résultait des valeurs de conduction sensitive et motrice à la limite de la norme, éléments venant confirmer des discrets signes de polyneuropathie objectivés à l'examen. Les Drs G.G.\_\_\_\_\_ et W.W.\_\_\_\_\_ se disaient dans l'impossibilité d'attribuer ce trouble avec précision à l'infection ou à son traitement. Ils proposaient d'en rechercher l'étiologie dans d'autres causes traitables telles qu'un diabète, une carence vitaminique ou métabolique, étant posé qu'une origine alcoolique n'était pas non plus exclue. - Un rapport du 13 août 2014 des médecins de la Polyclinique ORL du CHUV consécutif à un examen de l'assuré du 24 juin précédent par ultrasonographie cervicale mettant en évidence un ganglion de taille infra-centimétrique dans le groupe IIb cervical à droite, probablement d'allure réactionnelle, cytoponctionné au vu du contexte. Dans un avis SMR du 4 septembre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a pris position comme il suit sur les dernières pièces médicales récoltées au dossier : “ Une première demande de prestations de 2005 s'était close par le jugement

CASSO du 7 mai 2008. Les problèmes d'infection HIV, les séquelles d'embolies pulmonaires, le trouble dépressif récurrent, les douleurs thoraciques et la dyspnée (RM 30.01.2006), l'alcool et les séquelles de pancréatite (courrier médical 06.04.2006), l'emphysème pleural gauche et le BPCO avec « dyspnée III-IV selon NYHA » (19 mars 2007), le SOAS ont été pris en compte dans l'instruction initiale. Nous avons reconnu une modification de l'état de santé du fait de troubles neuropsychologiques que nous avons investigués et sur lesquels le Pr D. \_\_\_\_\_, neurologue FMH s'est prononcé en avril 2014. Nous avons conclu qu'il n'y avait pas de raison de nous écarter de son appréciation d'une CT de 50% dans une activité adaptée et, ce, dès décembre 2012. Le rapport de pneumologie du 17 juillet 2013 [indique] que le SIDA stade BIII présente une virémie indétectable sous trithérapie, que le trouble dépressif est traité et que la dyspnée s'est amélioré (Stade II-III selon NYHA). Les fonctions pulmonaires du 17 juillet 2014 objectivent une stabilité comparée à l'examen de janvier 2014. Le traitement du SAOS est efficace objectivement, les événements pathologiques n'étant relevés qu'à raison de 0,6/heure. La consultation d'infectiologie du 25 juin 2014 n'apporte pas de fait nouveau. Une polyneuropathie mixte sensitive et motrice d'origine indéterminée est mise en évidence par ENMG le 30 juin 2014. Le médecin consultant n'écarte pas un problème secondaire à la pratique alcoolique active et à risque de l'assuré. La polynévrite est asymptomatique, sans répercussion actuellement sur l'exigibilité. L'adénopathie cervicale infracentimétrique est sans conséquence sur la capacité de travail. ” Le 11 septembre 2014, l'OAI a reçu la copie d'un rapport du 25 août 2014 des Professeur E. \_\_\_\_\_, médecin adjoint, Dr T.T. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et Dr K.K. \_\_\_\_\_, médecin assistant à la Consultation de pneumologie ambulatoire du CHUV dont il résulte ce qui suit : “ Discussion : En dehors de 2 épisodes de surinfection nécessitant une antibiothérapie courte avec excellente réponse, la situation sur le plan respiratoire est stable avec une dyspnée persistante chronique de stade II-III. Une échocardiographie en septembre 2013 ne montrait pas d'anomalie en dehors de pressions de remplissage possiblement élevées dans le contexte d'une dysfonction diastolique associée à l'hypertension artérielle. Il n'y avait pas de signe indirect pour une hypertension pulmonaire. Le patient a bénéficié d'une scintigraphie myocardique en mars 2014 montrant l'absence de signe pour une ischémie myocardique et une épreuve de stress négative. Nous retenons donc une dyspnée d'origine multifactorielle liée à un emphysème sur tabagisme chronique actif, un asthme bronchique modéré et un déconditionnement physique. Sur le plan fonctionnel, Monsieur M. \_\_\_\_\_ présente un syndrome obstructif de degré léger non réversible, associé à un trouble de la diffusion de degré moyen à léger stable. [...] Nous avons organisé de la physiothérapie de réhabilitation pulmonaire en novembre 2013. Le patient n'a pas souhaité poursuivre cet entraînement après la première séance. Nous lui répétons l'importance d'une prise en charge sur trois axes principaux afin d'améliorer la dyspnée ; le sevrage du tabagisme est primordial, une activité physique régulière et quotidienne est encouragée vu le refus d'essayer à nouveau de la physiothérapie, et finalement, l'importance de la compliance thérapeutique au traitement inhalé lui est répétée, à savoir réaliser la Symbicort 2 x/j et utiliser le Ventolin qu'en cas de crise. Monsieur M. \_\_\_\_\_ a été revu à la Consultation du centre du sommeil en mars 2014. La tolérance à la servo-ventilation est excellente ainsi que l'efficacité du traitement, notamment sur le plan objectif avec un index d'apnées/hypopnées résiduel de 0,6/h. Il se plaint malgré tout d'une dysomnie et l'accent a été mis sur les règles d'hygiène du sommeil. Depuis juin, Monsieur M. \_\_\_\_\_ a présenté une masse latéro-cervicale droite pour laquelle il a bénéficié d'une consultation ORL

associée à une cytoponction dont le matériel n'est pas suffisant pour poser un diagnostic. Un contrôle avec nouvelle cytoponction est prévu dans 2 mois. Nous avons contacté nos confrères ORL (Dresse B.B. \_\_\_\_\_) pour compléter les analyses de la cytoponction par une culture pour les mycobactéries en raison des antécédents de pleurite tuberculeuse. Les risques d'une tuberculose ganglionnaire semblent toutefois faibles vu l'absence de symptôme B. Nous reverrons Monsieur M. \_\_\_\_\_ dans 6 mois. " Dans un avis SMR du 8 octobre 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est exprimé comme il suit sur le rapport précité : " Le courrier médical du 25 août 2014 sur lequel vous nous demandez de nous positionner, émane de la consultation de pneumologie ambulatoire du CHUV. Sa lecture nous apprend que : • La dernière surinfection respiratoire remonte à mars 2014 et que la réponse au traitement a été excellente. • La dyspnée est persistante de stade II-III, inchangée donc. • La scintigraphie myocardique du 21 mars 2014 ne montre pas d'anomalies. • Concernant le trouble du sommeil, la tolérance de la servo-ventilation est excellente. • Le ganglion latéro-cervical droite est stable. Le status clinique n'objective pas d'anomalie. Ce rapport n'objective donc aucun fait nouveau ni aggravation, bien au contraire. Nous maintenons donc notre position. " Le 6 novembre 2014, l'Office AI a fait savoir à l'assuré que les renseignements médicaux reçus dans le cadre des objections formulées à l'encontre de son projet de décision du 17 juillet 2014 n'apportaient aucun élément médical nouveau et/ou sur lesquels il était possible de démontrer une aggravation de l'état de santé. L'OAI estimait en conséquence que son projet de décision d'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013 devait être confirmé. Par décision du 6 février 2015, l'OAI a alloué une demi-rente d'invalidité à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013, considérant notamment ce qui suit : " Résultat de nos constatations : Vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI le 30 octobre 2012. Selon les renseignements en notre possession, votre capacité de travail est considérablement restreinte depuis le mois de décembre 2012. Après analyse de votre situation, il ressort que votre capacité de travail n'est que de 50%, et ce dans une activité simple, légère, subalterne, sans contact avec des clients. Nous avons donc évalué la perte de gain découlant de votre atteinte à la santé. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS), pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. Au vu de votre longue période d'inactivité professionnelle et des postes de travail non qualifiés occupés précédemment, il convient de déterminer vos revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques de l'ESS, en particulier au salaire moyen auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt du TFA du 23 septembre 2003, I 418/03 et référence citée). En l'occurrence, votre capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée. Une réduction du salaire statistique de 10% peut en revanche être admise pour tenir compte de vos limitations fonctionnelles ; quant aux autres facteurs de réduction (âge, années de service, nationalité, permis de séjour), ils ont tous une influence identique sur le revenu d'invalidé et sur le revenu sans invalidité et il convient donc d'en faire abstraction dans l'estimation de votre perte de gain. Au vu de ce qui précède, le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 28'021.65. Sans atteinte à la santé, le salaire annuel escompté est estimé à CHF

62'270.- Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 62'270.00 avec invalidité CHF 28'021.65 La perte de gain s'élève à CHF 34'248.35 = un degré d'invalidité de 55% Notre décision est par conséquent la suivante : Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013, soit à l'échéance du délai d'attente, vous avez droit à une demi-rente AI (basée sur un degré d'invalidité de 55%). ” Le 24 février 2015 a été notifiée à l'assuré une décision portant sur l'arriéré de rentes concernant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2013 au 28 février 2015. C. Par acte du 27 février 2015, M. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision d'octroi d'une demi-rente du 6 février 2015 et conclu, implicitement, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Contestant l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle par l'OAI, il soutient en substance que vivant seul, son état de santé l'entrave au quotidien dans l'accomplissement de toutes ses tâches ménagères ; sur le plan somatique, il allègue en raison de ses pathologies multiples souffrir de douleurs au thorax (blocages notamment empêchant tout mouvement brusque), d'un manque de souffle constant, d'un mauvais sommeil (avec de la fatigue diurne), de syncopes imprévisibles angoissantes et des effets liés à une trithérapie très forte depuis des années. Il indique de plus, être sous antidépresseurs depuis 2006 et suivi plus récemment par un psychiatre au CHUV. Affecté moralement et physiquement, le recourant précise être dans l'obligation de recourir à l'aide de son entourage pour diverses tâches (ménage, commissions). Le recourant relève encore n'avoir jamais été convoqué depuis 2006 malgré son courrier du 4 août 2014 à teneur duquel il se disait à disposition de l'OAI pour un rendez-vous. Il a produit à l'appui de ses allégations, un courrier médical du 27 février 2015 de la Dresse H. \_\_\_\_\_ rédigé à l'adresse du Tribunal. Il en ressort en particulier ce qui suit: “ Après avoir été déliée du secret médical, je me permets de vous faire ce courrier concernant le patient susnommé qui fait recours à la décision AI statuant une rente partielle (55%). Je suis moi-même très surprise par cette décision. En effet, M. M. \_\_\_\_\_ présente de multiples pathologies, énumérées ci-dessous, qui le handicapent clairement dans sa vie au quotidien. Il en fait une liste dans son courrier qui décrit très bien les limitations auxquelles il fait face journalièrement. Je me permets également d'énumérer ci-dessous ces limitations afin de préciser la situation qui mérite à mon sens une rente complète. M. M. \_\_\_\_\_ présente une fatigue et une fatigabilité importante, l'obligeant à dormir ou se reposer parfois plusieurs fois dans la journée. Sa dyspnée est de stade 3, donc tout effort est extrêmement pénible. Par ailleurs, le patient est très limité par des douleurs thoraciques non entièrement contrôlées par le stimulateur médullaire. Il souffre également de malaises récidivants dont l'étiologie n'a pas pu être précisée. Actuellement, M. M. \_\_\_\_\_ a des crampes importantes des MI, quotidiennes dont l'origine est inconnue (dans le contexte du SIDA ?), qui n'ont pas pu être jugulées par divers traitements. Par ailleurs, le patient souffre actuellement de diarrhées (5-7x/j) qui sont probablement un effet secondaire d'un médicament introduit récemment ; nous sommes en train d'essayer d'adapter la posologie. D'autre part, M. M. \_\_\_\_\_ présente des troubles cognitifs d'origine mixte : organique et probablement liés au trouble de l'humeur, limitant clairement le patient dans ses capacités de travail (dysfonction exécutive modérée avec des difficultés de la flexibilité mentale, de mémoire de travail, de programmation, d'inhibition et d'incitation non verbale ; des difficultés d'attention divisée et d'attention soutenue ; un ralentissement modéré de la vitesse de traitement de l'information ; des performances sévèrement déficitaires en mémoire épisodique antérograde visuo-spatiale). Considérant ces éléments, en sus du fait que le patient n'a pas travaillé depuis 8 ans, il semble extrêmement peu probable que le

patient puisse exercer une activité lucrative à quelque pourcentage que ce soit. Je joins à ce courrier les rapports des spécialistes qui peuvent vous être utiles dès 2013. Problèmes : • Sida stade C3 • HLAB 5701 positif • tuberculose pleurale (mars 2007) traitée • candidose orale • dyslipidémie d'origine mixte médicamenteuse et familiale • lipodystrophie sévère • troubles cognitifs d'étiologie mixte (VIH et composante dépressive possibles) • hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie d'origine peu claire (médicaments anti-VIH, familiale, autres...) • Dyspnée stade 3 plurifactorielle : • S/p embolies pulmonaires périphériques et ddc mars 2006, récidivantes sous Sintrom-ad HBP par voie s-c. • Syndrome obstructif • Possible syndrome d'hyperventilation • Bronchorrhée plurifactorielle : CPAP-écoulement post, bronchectasies discrètes centrales, tabac, syndrome obstructif • Déconditionnement, obésité stade 1 • Troubles cognitifs mixtes : neuroHIV, épisode dépressif • Syndromes d'apnées du sommeil de type complexe (index d'apnées-hypopnées initial à 76.4/h, polysomnographie d'octobre 2008), avec persistance d'événements respiratoires sous CPAP • Douleurs basithoraciques gauches chroniques avec pose stimulateur médullaire 10.09 • HTA • Obésité stade 1 • Crampes aux MI et MS d'origine x (SIDA ?) • Polyneuropathie distale MI • Consommation OH à risque • Dépendance au tabac En annexe, figurait notamment un nouveau rapport du 20 février 2015 du Dr P.\_\_\_\_\_, établi à la suite d'une consultation du 17 février précédent. Sa teneur est la suivante : “ Diagnostics retenus : → Syndrome d'apnées du sommeil de type complexe (index apnées-hypopnées initial à 76.4/h, polysomnographie d'octobre 2008), avec persistance d'événements respiratoires sous CPAP → Insomnie chronique d'origine plurifactorielle Evolution subjective : Je revois aujourd'hui à la consultation M. M.\_\_\_\_\_ pour le suivi de son traitement par servo-ventilation, un traitement qu'il continue à utiliser de façon exemplaire. En effet, il le met toutes les nuits et pendant toute la durée de la nuit. Il dit qu'il ne peut plus se passer de sa machine. Il la met même pour faire la sieste. Il décrit toujours une dysomnie nocturne, car habituellement il va au lit vers minuit, il s'endort rapidement, mais il se réveille plusieurs fois au cours de la nuit, en particulier en deuxième partie de la nuit. Il quitte le lit entre 9h et 9h30, il a l'impression de dormir 4h par nuit. Il fait toujours une sieste qui peut durer 35-60 minutes, qu'il considère récupératrice. Son poids actuel est de 83.7 kg. Données machine : Utilisation 168j/168j, utilisation médiane quotidienne de 9h21 minutes. Index d'apnées-hypopnées résiduel à 0,4 événements/heure. Fuites 95 e percentile : 0 l/minute. Discussion : Très bonne observance thérapeutique avec une très bonne efficacité sur le plan objectif, avec normalisation de l'index d'apnées-hypopnées. Monsieur M.\_\_\_\_\_ a toujours du mal à respecter les consignes concernant les règles d'hygiène du sommeil, notamment la nécessité de quitter le lit s'il ne dort pas, et d'éviter les siestes prolongées en début d'après-midi. Il me dit qu'il s'est finalement assez bien adapté à ce rythme, qu'il ne se sent pas capable de la modifier en raison d'une importante fatigue. En tout cas, je l'encourage à avoir des activités plus régulières pendant la journée, ce qui ne peut que favoriser le bon sommeil. En tout cas, il est très satisfait du traitement par servo-ventilation et je renouvelle la prise en charge de son appareil. ” Invité à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet ainsi que le maintien de la décision querellée par réponse du 11 mai 2015. Contestant la nécessité de s'entretenir en personne avec le recourant dans le cadre de l'instruction de son dossier au vu des rapports médicaux suffisants pour statuer en toute connaissance de cause sur le droit aux prestations, l'intimé a produit un nouvel avis médical du 27 avril 2015 des Drs G.\_\_\_\_\_ et F.F.\_\_\_\_\_ ainsi libellé : “ Avis SMR du 4 septembre 2014: « Une première demande de prestations de 2005 s'était close par le jugement CASSO du 7 mai

2008. Les problèmes d'infection HIV, les séquelles d'embolies pulmonaires, le trouble dépressif récurrent, les douleurs thoraciques et la dyspnée (RM 30.01.2006), l'alcool et les séquelles de pancréatite (courrier médical 06.04.2006), l'emphysème pleural gauche et le BPCO avec «dyspnée III-IV selon NYHA» (19 mars 2007), le SOAS ont été pris en compte dans l'instruction initiale. Nous avons reconnu une modification de l'état de santé du fait de troubles neuropsychologiques que nous avons investigués et sur lesquels le Pr D. \_\_\_\_\_, neurologue FMH s'est prononcé en avril 2014. Nous avons conclu qu'il n'y avait pas de raison de nous écarter de son appréciation d'une CT de 50% dans une activité adaptée et, ce, dès décembre 2012. Le rapport de pneumologie du 17 Juillet 2013 [indique] que le SIDA stade B III présente une virémie indétectable sous trithérapie, que le trouble dépressif est traité et que la dyspnée s'est amélioré (Stade II-III selon NYHA). Les fonctions pulmonaires du 17 juillet 2014 objectivent une stabilité comparée à l'examen de janvier 2014. Le traitement du SAOS est efficace objectivement, les évènements pathologiques n'étant relevés qu'à raison de 0,6/heure. La consultation d'infectiologie du 25 juin 2014 n'apporte pas de fait nouveau. Une polyneuropathie mixte sensitive et motrice d'origine indéterminée est mise en évidence par ENMG le 30 juin 2014. Le médecin consultant n'écarte pas un problème secondaire à la pratique alcoolique active et à risque de l'assuré. La polynévrite est asymptomatique, sans répercussion actuellement sur l'exigibilité. L'adénopathie cervicale infracentimétrique est sans conséquence sur la capacité de travail». Avis SMR du 8 octobre 2014 : «Le courrier médical du 25 août 2014 sur lequel vous nous demandez de nous positionner, émane de la consultation de pneumologie ambulatoire du CHUV. Sa lecture nous apprend que: la dernière surinfection respiratoire remonte à mars 2014 et que la réponse au traitement a été excellente, la dyspnée est persistante de stade II-III, inchangée donc, la scintigraphie myocardique du 21 mars 2014 ne montre pas d'anomalies. Concernant le trouble du sommeil, la tolérance de la servo-ventilation est excellente. Le ganglion latéro-cervical droite est stable. Le status clinique n'objective pas d'anomalie. Ce rapport n'objective donc aucun fait nouveau ni aggravation, bien au contraire». Le Dr H. \_\_\_\_\_ retient dans son courrier daté du 27 février 2015 au TCA des diagnostics similaires à ceux présents dans son rapport du 26 novembre 2012 et son estimation de la capacité de travail exigible est de 0%, « sans changement depuis 2006 ». Les fonctions pulmonaires réalisées à la PMU le 17 juillet 2014 (in courrier PMU du 25 août 2014) sont rassurantes avec un DLCO à 60% avec syndrome obstructif léger. L'ultra son cervical réalisé le 9 septembre 2014 intègre le courrier du 7 novembre 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_, ORL au CHUV. La conclusion est : «ganglion latéro-cervical droit dans le groupe lia augmenté de taille, mais d'allure physiologique, reponctionné ce jour». Le Dr H. \_\_\_\_\_ ne reprend la question de l'origine de cette adénopathie dans la liste des problèmes retenus en avril 2015 et l'absence de compte-rendu d'anatomopathologie n'est pas de nature à rendre plausible une quelconque aggravation à ce niveau. Le courrier du Dr P. \_\_\_\_\_ du 20 février 2015 décrit le contrôle du SOAS traité, les apnées étant passées de 76,4/h en octobre 2008 à 0,4/h après traitement et évaluation sur une période de 168 jours. Il s'agit d'une amélioration spectaculaire des phénomènes anormaux respiratoires de type apnées obstructives du sommeil qui prévalaient début 2009. Nous maintenons donc notre position. » Par réplique du 25 juin 2015, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions. Il a produit à cet effet un nouveau rapport du 22 mai 2015 de la Dresse H. \_\_\_\_\_ adressé au Tribunal, et dont il ressort l'appréciation suivante de la situation : “ Vous avez en votre possession mon dernier rapport médical où je n'ai pas d'élément nouveau à apporter. Toutefois, ce qui me semble vital pour la situation de M. M. \_\_\_\_\_, c'est d'appréhender

tous ses problèmes médicaux au quotidien chez une seule personne. En effet, toutes les pathologies prises séparément peuvent être vues comme étant contrôlées, mais dans le fond, le patient présente une limitation fonctionnelle majeure et n'est « opérationnel » que une ou deux heures au maximum à la suite. De plus, je pense qu'il ne faut pas négliger les troubles neuropsychologiques qui limitent la reprise d'un emploi. C'est pourquoi, je maintiens ma position qu'une rente partielle est insuffisante dans cette situation et qu'une rente complète est justifiée.[...] » Dans sa duplique du 17 août 2015, l'intimé a confirmé les conclusions de sa réponse du 11 mai 2015 en précisant ne rien avoir à ajouter. Les 24 août et 2 septembre 2015, le recourant et son médecin traitant ont encore produit les nouvelles pièces suivantes :

- Un rapport du 31 juillet 2015 des Drs S.S.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et X.X.\_\_\_\_\_, médecin assistante, à la Consultation de pneumologie du CHUV, à la teneur suivante : “ Discussion : M. M.\_\_\_\_\_ présente un syndrome de chevauchement entre un asthme, à composante allergique actuellement partiellement contrôlé selon GINA, et une BPCO de stade I selon GOLD dans le cadre du tabagisme malheureusement toujours actif. Pour mémoire, un bilan allergologique effectué en octobre 2009 avait mis en évidence une hypersensibilité aux acariens de la poussière et une hypersensibilité à *Alternaria tenuis* et *D. farinae* . Le patient n'a pas de moquette à domicile et lave ses rideaux 1x/mois. Les draps sont régulièrement lavés à 60°C. Il possède une housse anti-acariens. Nous lui avons rappelé que le sevrage tabagique est impératif et lui permettrait un meilleur contrôle de ses symptômes respiratoires. Le patient ne se sent actuellement pas prêt pour un sevrage. Nous l'avons encouragé à poursuivre ses efforts pour viser une perte pondérale, qui contribuerait à l'amélioration de sa situation respiratoire. Nous lui avons à nouveau proposé un reconditionnement à l'effort qu'il refuse. En effet, un essai par le passé ne lui avait pas convenu en raison de thorachodynies gauches à la moindre mobilisation. Il refuse par ailleurs notre proposition de physiothérapie antalgique pour ses thorachodynies, n'aimant pas le contact physique, nécessaire en cas de séances physiothérapeutiques. Plusieurs essais antalgiques ont déjà été tentés et inefficaces. La vaccination saisonnière contre la grippe doit être effectuée chaque année. Nous n'avons pas d'indication quant à sa couverture antipneumococcique qui est recommandée. D'un point de vue thérapeutique, nous maintenons le traitement actuel de Symbicort 400/12ug 2x/j, Seebri 50 ug 1x/j, Singulair 10mg/j et le Ventolin diskus en réserve. Les techniques d'inhalation ont été contrôlées et sont excellentes. Au cours de la consultation, M. M.\_\_\_\_\_ revient sur les malaises à répétition qu'il fait depuis plusieurs années et qui se reproduisent environ 1-2 fois chaque semaine. Pour mémoire un bilan cardiologique avait été réalisé en 2012, par un tilt test et un ECG concluant à une hypotension orthostatique. Le dernier électrocardiogramme à notre disposition date de septembre 2013 et était sans particularité. Le patient a par ailleurs bénéficié en 2014 d'une scintigraphie myocardique qui ne retrouvait pas d'argument pour une ischémie myocardique ou des troubles de la cinétique segmentaire ou global avec une fraction d'éjection normale. L'anamnèse ne fait pas évoquer des malaises situationnels. Nous vous proposons de réadresser votre patient au cardiologue de votre choix pour faire le point de cette problématique (problème rythmique sous-jacent ?) Nous reverrons le patient dans 6 mois, restant à disposition en cas de besoin dans l'intervalle. ”
- Un rapport du 25 août 2015 du Dr P.\_\_\_\_\_, posant à nouveau les diagnostics de syndrome d'apnées du sommeil de type complexe (index apnées-hypopnées initial à 76.4/h, polysomnographie d'octobre 2008), avec persistance d'événements respiratoires sous CPAP et d'insomnie chronique d'origine plurifactorielle. Ce médecin confirme toujours l'excellente efficacité du traitement par servo-ventilation du syndrome d'apnées du sommeil complexe suivi, avec un

index d'apnées/hypopnées résiduel négligeable de 0,8/heure. Dans ses déterminations du 29 septembre 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions et produit un nouvel avis du 29 septembre 2015 des Drs G.\_\_\_\_\_ et F.F.\_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit : “ Dans son courrier du 22 mai 2015, le médecin de famille, le Dr H.\_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a pas d'élément nouveau à apporter depuis son dernier rapport médical (rapport du 27 février 2015 pris en compte dans notre avis du 27 avril 2015). Le Dr H.\_\_\_\_\_ retenait dans son courrier daté du 27 février 2015 au TCA des diagnostics similaires à ceux présents dans son rapport du 26 novembre 2012 et son estimation de la capacité de travail exigible était de 0%, « sans changement depuis 2006 ». Il n'y a donc pas d'élément nouveau, pas de raison de modifier notre appréciation. Le rapport de consultation de pneumologie du C[H]UV du 15 juillet 2015, rapport daté du 31 juillet 2015 confirme que l'assuré souffre d'un asthme modéré et d'un BPCO stade I selon Gold avec un VEMS à 45 litres soit 77% de la valeur précitée avant traitement et de 2,54 litres soit 80% de la valeur prédite après traitement (GOLD 1 : léger VEMS>80% valeur prédite) in Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global initiative for chronic obstructive lung disease : global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2011 <http://www.goldcopd.com/> et Lange P, Marott JL, Vestbo J, Olsen KR, Ingebrigtsen TS, Dahl M, et al. Prediction of the clinical course of chronic obstructive pulmonary disease, using the new GOLD classification : a study of the general population. Am J Respir Crit Care Med 2012 ;186(10) :975-81 . Ces spécialistes estiment que le sevrage du tabac est impératif de même qu'un meilleur contrôle de la masse corporelle. Les médecins consultés concluaient que la situation était stable. Il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation. Le courrier du Dr P.\_\_\_\_\_ du 25 août 2015 repose sur la consultation du 18 août 2015. Ce spécialiste a pour conclusion : « Très bonne adhérence thérapeutique au traitement par servo-ventilation avec une excellente efficacité ». Il n'y a donc pas là non plus de raison objective de modifier notre appréciation d'autant plus que le Dr P.\_\_\_\_\_ qualifie de négligeable l'index d'apnées-hypopnées résiduel mesuré à 0,8/h. La situation étant stable/inchangée depuis notre dernier avis du 27 avril 2015, nous maintenons notre position. ” Invité à faire part de ses remarques éventuelles sur ces dernières déterminations, le recourant n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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) La LPA-VD s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des

assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). 3. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), 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 et 130 V 71 consid. 3.2). L'article 17 LPGA 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). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/2003 du 30 décembre 2003, consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références). b) Il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé de sorte qu'il a droit à une rente entière. 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4

al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux

(principe de la libre appréciation des preuves, cf. art. 61 let. c LPGA). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C\_791/2012 du 1<sup>er</sup> mars 2013, consid. 3.3, 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2, 9C\_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport établi par un Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_717/2013 du 30 décembre 2013, consid. 6.2 ; 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012, consid. 4.1 et les références citées). 7. a) Par

décision du 6 juin 2007, confirmée par jugement du 7 mai 2008, le droit à la rente avait été refusé au recourant. Les diagnostics posés à l'époque étaient suspicion clinique et radiologique d'empyème pleural gauche, embolies pulmonaires récidivantes sous anticoagulation, multiples nodules pulmonaires stables, tabagisme actif, sida stade B3 sous traitement HAART (CD4 à 450 en octobre 06), pancréatite alcoolique en 1983, status post-candidose orale, hypercholestérolémie et hypertriglycémie d'origine médicamenteuse probable traitées, état dépressif traité, oesophagite de reflux, status après appendicectomie et status après cure de tunnel carpien gauche en mai 2004. Lors de la décision attaquée, dans un rapport du 31 janvier 2013 le Professeur D. \_\_\_\_\_ et les Drs N. \_\_\_\_\_, N.N. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_, ainsi que K. \_\_\_\_\_, psychologue, ont posé en plus des précédents, les diagnostics de troubles cognitifs d'étiologie probablement mixte, de crampes nocturnes, de thoracodynie prédominante à gauche après thoracotomie pour pleurite tuberculeuse effectuée le 31 juillet 2008, de douleurs des membres inférieurs de type crampiforme d'origine possiblement neurogène, d'asthme et de syndrome d'apnée du sommeil de type central de degré sévère appareillé (servo-ventilation), investigué depuis 2008 selon le rapport du 25 septembre 2008 du Dr N. \_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, ces praticiens ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique. Le diagnostic principal d'hypotension orthostatique a en outre été posé de même une polyneuropathie mixte sensitive et motrice d'origine indéterminée a encore été observée par ENMG au terme d'une consultation du 30 juin 2014. Quant à l'incapacité de travail, le Professeur D. \_\_\_\_\_ et le Dr F. \_\_\_\_\_ l'ont estimée à 50% uniquement en ce qui concerne les empêchements neuropsychologiques. Cette appréciation est d'ailleurs assortie de réserves, ces praticiens ayant précisé que leur consultation n'avait pas pour objet d'évaluer de manière chiffrée la capacité de travail d'un patient. En outre et surtout, on ignore les interactions entre les différents diagnostics posés tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Les médecins du SMR ont en effet examiné séparément l'influence sur la capacité de travail du recourant de chacune des affections dont il est atteint. Il n'y a ainsi au dossier aucune analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis qu'ils soient nouveaux ou posés lors de la première demande de rente. Faute d'une telle synthèse, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer. b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne

revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les plans somatique, psychiatrique, neurologique et neuropsychiatrique (art. 44 LPGA). 8. En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il procède conformément au considérant ci-dessus puis rende une nouvelle décision. 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. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. b) Le recourant n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel (cf. art. 61 let. g LPGA a contrario).

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