

VD_GERICHTE ZD09.003263 vom 2. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.003263

FR: VD_GERICHTE ZD09.003263 du 2 avril 2015

IT: VD_GERICHTE ZD09.003263 del 2 aprile 2015

Erwägungen

E. 9

mars 2009. Dans sa réponse du 7 mai 2009, l'OAI a déclaré se rallier, après réexamen du dossier, à la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée par le recourant. Une expertise judiciaire pluridisciplinaire a ainsi été ordonnée et confiée au Bureau N._____, à [...], à son défaut à la Clinique Q._____, Centre d'expertises médicales polydisciplinaires. Le 21 janvier 2010, le Bureau N._____ a indiqué qu'en raison d'un problème médical aigu et conséquent nécessitant l'hospitalisation de l'assuré et de multiples investigations, la totalité des rendez-vous d'expertise avait été annulée. Les parties ont été invitées à se déterminer et le 10 février 2010, le recourant, par son conseil, a requis la suspension de la procédure jusqu'à ce que son état de santé, aggravé par une récurrence du lymphome, permît la mise en oeuvre d'une expertise. Après instruction sur les motifs présentés à l'appui de dite requête, le juge instructeur a ordonné la suspension de la procédure jusqu'au 31 mai 2010. La cause a été reprise le 30 juin 2010, avec nouveau mandat adressé le 15 juillet 2010 au Bureau N._____, décliné par cette institution en date du 12 août 2010.

- 8 - Le 16 août 2010, le juge instructeur a informé les parties que conformément à son courrier du 4 juin 2009, il avisait la Clinique Q._____ de sa désignation. Le 2 mars 2011, le conseil du recourant a transmis différents courriels concernant les examens spécialisés demandés dans le cadre de l'expertise. Le 14 avril 2011, le conseil du recourant a fait valoir que les impératifs du traitement du lymphome impliquaient que fût différée la réalisation des examens médicaux demandés par la Clinique Q._____, laquelle le 20 avril 2011, a indiqué ne pas pouvoir poursuivre le mandat d'expertise en l'état, faute de production des rapports d'enregistrement polysomnographique du sommeil et des examens sanguins requis, tout en se trouvant dans l'impossibilité de procéder à une prise de sang. Le 27 avril 2011, les parties ont été derechef invitées à se déterminer sur la suite de la procédure, le recourant sollicitant en date du 16 mai 2011 un report de l'expertise, auquel l'OAI a déclaré ne pas s'opposer, vu la situation médicale de l'assuré. La suspension de la procédure a été ordonnée le 25 mai 2011 avec reprise d'office de la mise en oeuvre de l'expertise dès que l'état de santé du recourant l'autoriserait. G. La procédure a finalement été reprise le 15 août 2011. L'expertise pluridisciplinaire a été confiée au sein de la Clinique Q._____, aux Drs P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, R._____, spécialiste en rhumatologie, S._____, spécialiste en oncologie, T._____, interniste et pneumologue, V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Du rapport d'expertise du 7 mai 2012, il ressort que les experts ont procédé à une analyse par diagnostic avant synthèse et discussion pluridisciplinaires. Ils se sont fondés sur les pièces figurant au dossier tant administratif que judiciaire, ont requis du recourant la

- 9 - production d'autres rapports médicaux, lesquels ont été intégrés, respectivement annexés à l'expertise. Dans celle-ci figurent notamment une synthèse du dossier médical assortie d'un résumé des pièces médicales, les anamnèses familiale, personnelle, socio-professionnelle, les plaintes du recourant, les observations résultant des différents examens cliniques, les diagnostics en fonction de chaque spécialité concernée, en sus d'un descriptif des limitations fonctionnelles spécifiques et de l'analyse des éventuels diagnostics différentiels. Les experts ont retenu les diagnostics suivants, susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré : • en orthopédie, fasciite nécrosante de la racine de la cuisse gauche et du muscle psoas, en phase séquellaire, avec quelques crises de lâchage deux à trois fois par an, section du fléchisseur profond du 5ème doigt de la main droite en 1996, avec des séquelles se manifestant par une raideur articulaire du 5ème doigt du même côté ; • en médecine interne, bronchopathie chronique en relation avec le tabagisme et probable asthme en phase chronique mais stable ; • en hépato-gastro-entérologie, dénutrition, en phase chronique ; • en oncologie, lymphome B de la zone marginale de type MALT, au stade IV, avec atteinte ganglionnaire, gastrique et médullaire. Par ailleurs, sont mentionnés différents diagnostics sans incidence en termes de capacité de travail, à savoir : • en rhumatologie, possible syndrome de Raynaud ; • en orthopédie, fractures ilio- et ischio-pubiennes droites suite à un AVP [réf. : accident de la voie publique], avec hématome modéré des muscles obturateurs et petit arrachement au niveau du sacrum à droite, actuellement au stade de status post, avec persistance de quelques gênes à la marche ; • en médecine interne, syndrome d'apnées du sommeil, en phase chronique mais actuellement stable, épisodes de pneumopathie franche lobaire aiguë, actuellement en rémission complète, sinusite à répétition, en phase de rémission actuelle ; • en gastro-entérologie, hépatite chronique C, en phase chronique et active ; • en psychiatrie, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, avec suivi actuel d'un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale [contrôlée] (ICD-10, F11.22), en phase de rémission retardée, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis (ICD-10, F12.25) syndrome de dépendance, utilisation continue, donc en phase de

- 10 - rémission retardée, personnalité émotionnellement labile, de type borderline (ICD-10, F60.31), non décompensée. S'agissant des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cannabis, l'expert psychiatre a relevé chez l'assuré l'existence d'un « désir puissant de consommation de substances psychoactives, ainsi qu'une altération de la capacité à en contrôler l'utilisation » tout en observant que le recourant est « conscient des effets nocifs de la substance, mais continue à l'utiliser ». Il a qualifié les dépendances de « primaires » dans la mesure où elles existent depuis le jeune âge adulte et ne paraissent pas « secondaires » à une autre maladie. Il mentionne néanmoins à titre de limitations dans le travail, que durant les périodes de consommation de substances psychoactives, des troubles du comportement et de la perception peuvent se produire, sous la forme, par moments, d'une légère modification de l'humeur comme d'une désinhibition ou d'une humeur légèrement euphorique. L'état clinique de l'assuré peut « s'associer à une sensation bizarre du déroulement de la temporalité et des moments où son attention n'est plus suffisante, conduisant ainsi à des altérations potentielles du temps de réaction ». La fatigue et les sensations corporelles internes limiteraient en pratique la capacité de travail. Des discussions et synthèse pluridisciplinaire de l'expertise, on retiendra plus particulièrement ce qui suit : « [...] Les experts se trouvent en face de [l'assuré], âgé de 43 ans, travaillant depuis 15 ans en qualité de mécanicien de précision. Il est titulaire d'un CFC

acquis après sa 16ème année. Depuis 1996 [...] ou depuis 2000, selon l'assuré, il n'a effectué aucune activité professionnelle. Les problèmes de toxicomanie ont commencé dès l'âge de 15 ans, avec d'abord du cannabis et ensuite prise d'héroïne intraveineuse, actuellement sous traitement substitutif par 100 mg de méthadone par jour et ce depuis 2003. Cette toxicomanie est considérée comme primaire et donc non invalidante. L'expertise a par ailleurs révélé l'existence d'une consommation de cannabis et d'héroïne en inhalation plusieurs fois par mois. Au cours de son existence, l'intéressé a rencontré des difficultés majeures de comportement dès son enfance et son adolescence. Il faut relever les tentatives de suicide et les troubles du comportement. Les conduites addictives ont commencé alors qu'il était très jeune, aux environs de l'âge de 15 ans. Après s'être enrôlé dans l'armée, l'exploré a été réformé très rapidement, après 3 jours,

- 11 - en raison de troubles psychiques, lesquels ont été analysés sous l'angle d'une personnalité borderline. Par la suite, ses conduites addictives n'ont fait que s'accroître, puis il a présenté des troubles du comportement délictueux l'ayant conduit en prison. A sa libération, l'investigué a pu bénéficier d'une période de soins pour sevrage de ses conduites addictives. Cependant, ces dernières se sont poursuivies malgré les soins prodigués. Cette impulsivité est à mettre en lien avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (ICD-10, F60.31). Ce trouble est primaire, il a été décompensé à certaines périodes de son existence par des prises de drogues, en particulier d'héroïne. Toutefois, il n'est pas possible de mettre en lien des arrêts de travail longs et prolongés, en lien direct avec le trouble de la personnalité. En 1996, l'assuré a subi une section du fléchisseur profond du 5ème doigt de la main droite. Non documentée, il peut être estimé que cette atteinte a donné lieu à une incapacité totale de 6 mois, sur le plan médico-théorique. Fin 2001, suite à une injection d'héroïne au niveau de l'aîne, il a présenté une fasciite nécrosante de la racine de la cuisse gauche, de cette même cuisse et du psoas. Cette fasciite se compliquera plus tard, en 2003, par une faiblesse du membre inférieur gauche, après un débridement large, et plus tard, vers 2006, par un lâchage dudit membre. Toujours en 2001, il a été diagnostiqué une hépatite chronique C, évoluant donc depuis 10 ans, pour laquelle il n'a pas eu de thérapeutiques spécifiques, les diverses pathologies associées contredisant désormais de plus un traitement. Du point de vue pulmonaire, en 2007, il a été évoqué un diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil sur les données de la polysomnographie, un asthme bronchique avec des épisodes réguliers de pneumonie bactérienne sévère, d'évolution favorable sous antibiotique. Le 10 avril 2006, il est mis en évidence une adénopathie sous-maxillaire gauche, conduisant au diagnostic de lymphome B indolent de type zone marginale ou MALT, avec localisation gastrique. Le bilan d'extension effectué à l'époque démontre une atteinte gastrique, documentée histologiquement. En raison du contexte de toxicomanie et des comorbidités, il n'est pas soumis à un traitement antitumoral spécifique, ce jusqu'en février 2010, où il présente un épisode d'hématémèse sévère qui va justifier la mise en route d'une radiothérapie gastrique, administrée du 26 avril au 20 mai 2010. Des douleurs articulaires ont fait discuter le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Cependant, cette polyarthrite rhumatoïde suspectée depuis 2009 a été traitée par Plaquenil® (hydroxychloroquine), lequel a été arrêté du fait d'une anémie. En 2011, le diagnostic a été retenu en raison d'un facteur rhumatoïde positif. La même année, il y aurait eu une recrudescence de cette pathologie, avec la proposition d'une consultation rhumatologique. Cependant, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, pourtant plusieurs fois évoqué dans les documents médicaux à disposition, est non retenu ce jour, sur la base de l'examen clinique. La seule existence d'un facteur rhumatoïde n'est pas

un signe pathognomonique d'un tel diagnostic. Un probable syndrome de Raynaud explique les plaintes au niveau des mains. Le 29 novembre 2010, l'assuré a subi un accident de la circulation, avec fracture de la branche ischio-pubienne et ilio-pubienne droite, traitée médicalement. Une nouvelle phase de progression du

- 12 - lymphome B survient alors, avec une atteinte ganglionnaire et médullaire, motive l'administration en janvier 2011 d'un premier traitement antitumoral systémique sous la forme de cladribine, qu'il reçoit en injections sous-cutanées, car son capital veineux est fortement endommagé et sa toxicomanie contre-indique la pose d'une voie veineuse permanente. Ce traitement n'entraîne qu'une régression modérée des adénomégalies abdominales et se complique de plusieurs épisodes infectieux pulmonaires et cutanés, imposant son interruption après seulement deux cycles. Depuis lors, il demeure sans traitement spécifique et il est soumis à une surveillance mensuelle, sous l'égide du service d'oncologie du Centre hospitalier G._____. On constate une dénutrition progressive, avec perte de poids de 5 kg depuis 2006. L'assuré décrit une intolérance alimentaire, avec la nécessité de fractionner ses repas. Il doit avoir des injections de fer en raison d'une anémie par carence martiale. [...] 2. SYNTHÈSE a. Signes cliniques et paracliniques principaux Dans le domaine locomoteur, au niveau des membres supérieurs, on note une limitation de la mobilité du 5ème doigt de la main droite, avec absence de flexion active de l'interphalangienne distale de ce doigt et une anesthésie de la dernière phalange dudit doigt. La radiographie de la main droite de 2009 n'a pas mis en évidence de lésions osseuses traumatiques ou dégénératives à ce niveau. Concernant le bassin et les membres inférieurs, on note un déficit d'extension de la hanche gauche, une cicatrice extrêmement importante au niveau de la face antérieure de celle-ci, de la région inguinale et de la face interne de la cuisse homolatérale, avec une nette sensibilité en regard et une raideur franche à la mise en extension de ladite hanche. L'appui monopodal et particulièrement le sautiller monopodal gauches sont impossibles et provoquent un lâchage et une chute. La mobilité au niveau de la hanche et de l'hémi-bassin est normale à droite. Seule une légère gêne à la marche prolongée est signalée à ce niveau. Du point de vue pulmonaire, l'assuré se plaint de dyspnées d'effort, de toux avec expectoration chronique, et a présenté trois épisodes de pneumopathie bactérienne sévère. Les données objectives de la spirométrie mettent en évidence un trouble obstructif modéré. La saturation en oxygène au repos est normale et reste ainsi après la montée de deux étages. La polysomnographie nocturne réalisée en 2007, dans le rapport du 27 août 2007 du Docteur J._____, médecine interne et pneumologie, a mis en évidence un syndrome d'apnées du sommeil modéré, avec un index hypopnées à 8/heure. Au cours de la journée, il n'y a pas de somnolence et l'intéressé ne décrit pas de trouble du sommeil sévère. L'examen récent, en juillet 2011, a permis de retrouver l'index d'apnées hypopnées à 2.4/heure. Du point de vue digestif, il est porteur d'une hépatite chronique C, diagnostiquée en 2001, génotype 3A. La biopsie hépatique réalisée en 2007 montre une fibrose modérée, dont le score Métavir A1F1. Les dernières données biologiques ne mettent pas en évidence l'évolution vers une cirrhose. L'exploré présente un amaigrissement progressif, avec actuellement un poids de 51 kg pour une taille de 172 cm, ce qui fait un BMI [réf. : body mass index] à 17kg/m. Son poids était de 56 kg en 2006. Associé à cela, l'examiné décrit une anorexie, une intolérance

- 13 - alimentaire avec nécessité de fragmenter son alimentation et des douleurs épigastriques. Lors de cet entretien clinique, l'examen a montré que l'investigué présente encore une conduite polytoxicomaniaque, sous la forme d'inhalation d'héroïne régulière

dont il faut impérativement obtenir le sevrage. D'autre part, les examens biologiques ont révélé la prise de cannabis. Ainsi, ce dernier conserve actuellement une certaine fragilité liée à cette consommation permanente de toxiques, mais n'altérant pas totalement sa capacité de travail. C'est d'ailleurs ce que souhaite l'expertisé, il l'a répété à plusieurs reprises lors de cet entretien auprès de l'expert psychiatre : « Je désire retravailler, je ne sais pas si j'en aurai la force, mais je le veux ». Au jour de l'expertise de psychiatrie, l'assuré ne présente pas de signe appartenant à la clinique dépressive. Il évoque encore la nécessité qu'il éprouve d'utiliser des toxiques. Il est conscient des difficultés qu'il doit assumer et a montré sa volonté de reprendre une activité professionnelle. Durant l'entretien, il n'y a pas eu d'altération de l'humeur, ni de bouffées d'angoisses. Comme cela a été décrit, l'intéressé désire continuer à se soigner, mais en même temps, il a du mal à interrompre sa dépendance aux toxiques.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible Sur le plan locomoteur, tant sur les membres supérieurs qu'inférieurs, il s'agit d'un état tout à fait stabilisé, avec absence de toute évolution prévisible dans le futur proche ou lointain. En ce qui concerne les membres supérieurs, [l'assuré] se plaint d'une sensibilité au froid du 5ème doigt de la main droite, ainsi que d'une difficulté à la préhension de certains outils sans que celle-ci ne soit impossible. Pour les membres inférieurs, l'expertisé ressent une douleur continue au niveau de la sphère antérieure de la région inguinale gauche, ainsi que des difficultés à se tenir droit pendant la marche. Les positions debout prolongées ne peuvent pas être maintenues au delà d'une heure et le périmètre de marche est également limité. Plus aucune évolution de cet état n'est à attendre. [...] Du point de vue pulmonaire, l'asthme ayant évolué vers une bronchopathie chronique obstructive entraîne un retentissement fonctionnel modéré, la limitation à l'effort est donc modérée. La poursuite du tabagisme, l'association à une pancytopénie et à une dénutrition font courir le risque de surinfections bronchiques et de pneumopathies bactériennes à répétitions. Le syndrome d'apnées du sommeil est modéré, il n'y a pas de retentissement pendant la journée et il n'y a pas d'indication pour retenir la PPC [réd. : ventilation en pression positive continue] actuellement. En effet, dans le rapport de polysomnographie du 5 juillet 2011 du Docteur W. _____, chef de clinique du Centre X. _____, l'index d'apnées-hypopnées se situe dans les normes, à 2.4/heure. L'efficacité du sommeil est discrètement en dessous des normes à 87.3%. Il y avait une amélioration par rapport à l'examen de 2007. Concernant l'hépatite, [l'assuré] est porteur d'une hépatite C chronique connue depuis 2001, c'est-à-dire depuis 10 ans. Actuellement, il présente un stade de fibrose sans signe de cirrhose, la fibrose était modérée sur la biopsie du foie en 2007 et a probablement peu évolué depuis cette époque. Cette hépatite C

- 14 - chronique ne paraît donc pas mise en cause pour expliquer l'asthénie, les troubles digestifs avec intolérance alimentaire, ou la dénutrition. Concernant le pronostic de l'hépatite C, on peut craindre une évolution vers une cirrhose dans les années à venir, mais actuellement, il n'y a pas de retentissement fonctionnel. Cette hépatite C chronique est donc un risque pour l'avenir, mais actuellement, elle n'entraîne pas de symptomatologie spécifique. [...] Du point de vue oncologique, l'expertisé souffre d'un lymphome B, certes indolent, mais étendu (stade IV), évoluant depuis 5 ans et ne pouvant pas être traité de façon optimale en raison de sa toxicomanie et de ses multiples comorbidités, Il s'agit d'une maladie qu'on doit qualifier d'incurable et dont la probabilité d'évolution défavorable à court-moyen terme est élevée. [...] Dès à présent, l'investigué est conscient des pathologies complexes dont il est atteint. Il ne présente pas de pathologie psychiatrique incapacitante. Si lors de l'entretien avec l'expert somaticien, il a été décrit une démonstration « majorée par la symptomatologie dépressive », lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, il n'y a pas eu

de constatation d'une symptomatologie dépressive au sens de l'ICD-10. L'examiné est capable de prendre de la distance par rapport à son histoire douloureuse émaillée par une enfance difficile, plusieurs tentatives de suicide, les conduites de dépendance polytoxicomaniaque, les conduites délinquantes et le passage en prison. Il présente un état clinique marqué par la volonté de sortir des difficultés qu'il a traversées au cours de son existence et évoque son regret de ne pas être capable de se retenir malgré tout d'inhaler de l'héroïne de temps en temps. Au total, l'évolution de l'état de l'assuré va dans le sens de la péjoration du lymphome B de type MALT. Ce diagnostic, à lui seul, l'empêchera à terme de reprendre une quelconque activité, car la pathologie tumorale évolue en s'aggravant. [...] c. Chances de succès d'une réadaptation Les chances de succès d'une réadaptation dépendent de l'ensemble des pathologies de l'appareil locomoteur, psychiatriques, pulmonaires, addictologiques, hépato-gastro-entérologiques et surtout oncologique. La réadaptation pourrait être considérée comme valorisante pour l'investigué, dès qu'il pourra interrompre sa conduite polytoxicomaniaque. La chance de succès d'une telle réadaptation est dépendante du sevrage complet si on ne tient compte que du problème psychiatrique. Cependant, l'association principalement de cette addiction avec la dénutrition, l'hépatite C et surtout le lymphome B type MALT réduit à néant toute chance de réadaptation [...] ». La synthèse des conclusions des experts relatives aux limitations fonctionnelles, retenues tant dans le dernier emploi que dans

- 15 - une activité respectant l'état de santé de l'assuré, a été détaillée par le biais du tableau repris ci-dessous :
Diagnostics Limitations Appareil locomoteur Fasciite nécrosante de la racine de la Station debout prolongée cuisse gauche et du muscle psoas. Marche prolongée Port de charges légères (jusqu'à 10 kg et/ou 5 kg souvent) Position agenouillée. Fractures ilio et ischio-pubiennes droites Nihil. suite à un AVP, avec hématome modéré des muscles obturateurs et petit arrachement au niveau du sacrum à droite. Section du fléchisseur profond du 5ème Manutention fine et gestes de précision doigt de la main droite. pour l'utilisation d'outils dans la main droite Exposition au froid. Possible syndrome de Raynaud. Manutention fine et gestes de précision Exposition au froid. Médecine interne (pneumologie) Bronchopathie chronique en relation avec Efforts physiques intenses le tabagisme et l'asthme. Exposition au froid Pratique d'escaliers de plus de deux étages. Episodes de pneumopathie franche lobaire Nihil en dehors des épisodes. aigue. Sinusites à répétition. Nihil. Syndrome d'apnées du sommeil. Médecine interne (pathologies digestives) Dénutrition. Efforts physiques. Hépatite C. Nihil. Oncologie Lymphome B de la zone marginale de type Efforts physiques (en raison de l'asthénie MALT, stade IV, avec atteinte et de l'altération de l'état général). ganglionnaire, gastrique et médullaire. Psychiatrie Troubles mentaux et troubles du Aucune limitation en tenant compte de la comportement liés à l'utilisation d'opiacés, jurisprudence. syndrome de dépendance, suit

- 16 - actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale [dépendance contrôlée] (ICD-10, F11.22). Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis (ICD-10, F12.25), syndrome de dépendance, utilisation continue. Personnalité émotionnellement labile, type Aucune limitation en tenant compte de la borderline (ICD-10, F60.31). jurisprudence. Quant à la capacité de travail dans la dernière activité exercée, les experts ont communiqué le tableau récapitulatif suivant :
Diagnostics Depuis le % horaire et Jusqu'au rendement Appareil locomoteur Fasciite nécrosante Juin 2001 0% horaire et Décembre 2001 de la racine de la rendement cuisse gauche et du Janvier 2002 100% horaire Indéterminé muscle psoas. 50% de rendement

Fractures ilio et 29 novembre 2010 0% Février 2011 ischio-pubiennes droites suite à un AVP, avec hématome modéré 1er février 2011 100% horaire et Indéterminé des muscles rendement obturateurs et petit arrachement au niveau du sacrum à droite. Section du 1996 0% Durant 6 mois fléchisseur profond Après 1996 100% horaire et Indéterminé du 5ème doigt de la main droite. Possible syndrome Nihil 100% horaire et Indéterminé de Raynaud. 100% rendement Médecine interne (pneumologie)

- 17 - Episodes de 11 janvier 2009 0% horaire et Février 2009 pneumopathie 8 novembre 2010 rendement Janvier 2011 franche lobaire aigue. Bronchopathie Reste du temps 100% horaire (avec Indéterminé chronique en risques d'arrêts de relation avec le travail liés à des tabagisme et récidives de l'asthme. pneumonie dans un contexte de bronchopathie chronique et de perte de l'immunité). La diminution de rendement doit être jugée au vu de l'ensemble des pathologies. Sinusites à Nihil Nihil Nihil répétition. Syndrome d'apnées du sommeil. Médecine interne (pathologies digestives) Hépatite C. 2001 100% horaire et Indéterminé rendement Dénutrition Au moins depuis Doit être évalué au Indéterminé février 2010 vu de l'ensemble des pathologies. Oncologie Lymphome B de la Mai 2006 0% horaire et Janvier 2008 zone marginale de rendement type MALT, stade IV, Au moins depuis Doit être évalué au Indéterminé avec atteinte février 2010 vu de l'ensemble ganglionnaire, des pathologies. gastrique et médullaire. Psychiatrie Troubles mentaux et Depuis toujours 100% Indéterminé troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés,

- 18 - syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale [dépendance contrôlée] (ICD-10, F11.22). Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis (ICD-10, F12.25), syndrome de dépendance, utilisation continue. Personnalité Depuis toujours 100% Indéterminé émotionnellement labile, type borderline (ICD-10, F60.31). Total et synthèse de la capacité dans le dernier emploi : • 100% horaire et 90% de rendement depuis 1996 • 0% de juin 2001 à décembre 2001 • 100% horaire et 50% de rendement depuis janvier 2002 jusqu'en avril 2006 • 0% d'avril 2006 à janvier 2008 • 100% horaire et 50% de rendement entre février 2008 et février 2010 • 50% horaire et 50% de rendement depuis février 2010 pour l'ensemble des pathologies, en particulier le lymphome B de la zone marginale de type MALT, la carence martiale sévère et les pathologies pulmonaires • 0% du 29 novembre 2010 au 31 janvier 2011 • 50% horaire et de 50% de rendement depuis février 2011 Eu égard enfin à la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé, les experts ont fait part du tableau ci-dessous : Diagnostics Depuis le % horaire et Jusqu'au rendement Appareil locomoteur

- 19 - Fasciite nécrosante Juin 2001 0% horaire et Décembre 2001 de la racine de la rendement cuisse gauche et du Janvier 2002 100% horaire et Indéterminé muscle psoas. rendement Fractures ilio et 29 novembre 2010 0% horaire et Fin février 2011 ischio-pubiennes rendement droites suite à un AVP, avec hématome modéré 1er février 2011 100% horaire et Indéterminé des muscles rendement obturateurs et petit arrachement au niveau du sacrum à droite. Section du 1996 0% Durant 6 mois fléchisseur profond Après 1996 100% horaire Indéterminé du 5ème doigt de la 100% rendement main droite. Possible syndrome Nihil 100% horaire Indéterminé de Raynaud. 100% rendement Médecine interne (pneumologie) Episodes de Janvier 2009 0% horaire et Février 2009 pneumopathie Décembre 2010 rendement Janvier 2010 [recte : franche lobaire 2011] aigue. Bronchopathie Reste du temps 100% horaire et Indéterminé chronique en 80% de rendement relation avec le (avec risques tabagisme et d'arrêts de travail l'asthme. liés à des

récidives de pneumonie dans un contexte de bronchopathie chronique et de perte de l'immunité). Sinusites à Nihil Nihil Nihil répétition. Syndrome d'apnées du sommeil.
Oncologie

- 20 - Lymphome B de la Mai 2006 0% horaire et Janvier 2008 zone marginale de rendement type MALT, stade IV, Au moins depuis A débattre en Indéterminé avec atteinte février 2010 synthèse ganglionnaire, gastrique et médullaire. Psychiatrie Troubles mentaux et Depuis toujours 100% horaire et Indéterminé troubles du rendement comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale [dépendance contrôlée] (ICD-10, F11.22). Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis (ICD-10, F12.25), syndrome de dépendance, utilisation continue. Personnalité Depuis toujours 100% horaire et Indéterminé émotionnellement labile, rendement type borderline (ICD-10, F60.31). Total et synthèse de la capacité dans le dernier emploi : • 100% horaire et rendement entre 1996 et juin 2001 • 0% de juin 2001 à décembre 2001 • 100% horaire et rendement depuis janvier 2002 à avril 2006 • 0% d'avril 2006 à janvier 2008 • 100% horaire et 80% de rendement de février 2008 à février 2010 • 50% horaire et 80% de rendement depuis février 2010 pour l'ensemble des pathologies, en particulier le lymphome B de la zone marginale de type MALT, la carence martiale sévère et les pathologies pulmonaires • 0% du 29 novembre 2010 au 31 janvier 2011

- 21 - • 50% horaire et de 80% de rendement depuis février 2011 Commentaire : le pronostic est très réservé pour les deux prochaines années, l'incapacité doit suivre l'évolution médicale et être réévaluée à la hausse en fonction de l'évolution à court terme. En outre des complications ponctuelles générant de nouvelles périodes d'incapacité de travail totale peuvent survenir en raison de complications infectieuses, des traitements de substitution, des bilans digestifs, des risques pulmonaires. Dans ses déterminations sur expertise du 22 mai 2012, l'OAI a adhéré aux conclusions des experts et proposé le renvoi du dossier pour réexamen de la situation par son service de réadaptation professionnelle et nouvelle décision tenant compte des derniers éléments médicaux au dossier. Quant au recourant, il a, en date du 30 août 2012, soulevé certains griefs à l'encontre de l'expertise, la qualifiant de lacunaire et peu claire. Le choix de la méthode d'appréciation « diagnostic par diagnostic » empêche une vision globale et le travail de synthèse est insignifiant. Il manque une appréciation globale et documentée de la capacité résiduelle de travail au regard des diagnostics reconnus invalidants par les experts, notamment de la capacité de travail actuelle. Au vu de l'évolution de son état de santé, le recourant considère qu'aucune capacité de travail résiduelle n'est exigible et conclut à l'octroi d'une rente entière, illimitée dans le temps, le droit à des prestations devant en tout cas être envisagé dès avril 2007 sur la base de l'expertise. Il conteste par ailleurs que sa dépendance soit qualifiée de « primaire » et par conséquent considérée non invalidante. Enfin, il reproche aux experts un défaut d'investigation en relation avec un possible syndrome de Raynaud ainsi que d'avoir écarté le diagnostic de polyarthrite, produisant à l'appui de ce dernier grief les rapports des 30 septembre 2011 et 27 juillet 2012 du Dr Z. _____, médecin chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier G. _____, ainsi qu'un rapport du Dr C. _____ du 24 août 2012. Le

- 22 - Dr Z. _____ posait entre autres le diagnostic de « polyarthrite rhumatoïde séronégative, non érosive », reconnu depuis janvier 2010 et observait que si la capacité de travail du patient n'avait pas été évaluée lors des consultations, les polyarthralgies

périphériques causaient une altération de la motricité fine, empêchaient le port de charge lourde et limitaient le périmètre de marche. Quant au Dr C. _____, il s'interrogeait sur la validité du volet rhumatologique de l'expertise, plus particulièrement de l'exclusion du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, au vu notamment des douleurs polyarticulaires de son patient imposant un traitement antalgique et de la présence de nodules sous-cutanés à la face dorsale du carpe et dans la région trochantérienne. Par avis du 15 octobre 2012, les parties ont été informées de ce que la cause paraissait en état d'être jugée. Seul le recourant s'est déterminé, par courrier du 30 novembre 2012, maintenant ses conclusions du 30 août 2012. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

- 23 - b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) In casu, le recours formé le 29 janvier 2009 contre la décision de l'OAI du 15 décembre 2008 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige

- 24 - et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4). En l'espèce, cela signifie que les documents en mains de la Cour de céans qui sont postérieurs au prononcé de la décision entreprise doivent être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige. Est en l'occurrence litigieux le droit du recourant à des prestations de l'AI pendant la

période courant du dépôt de sa demande à la décision attaquée, soit du 30 août 2003 au 15 décembre 2008. Au vu de la jurisprudence précitée, le droit à des prestations fondé sur des atteintes incapacitantes survenues postérieurement à la décision contestée ne sera pas examiné. b) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, dès le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 448 spéc. p. 455 ; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1er janvier 2008 est entrée en vigueur la 5ème révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des

- 25 - revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4) ou de la 5ème révision de cette loi (TF [Tribunal fédéral] 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1). 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Depuis le 1er janvier 2004, un

- 26 - degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). 4. 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 pour prendre position. 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_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 et 105 V 156 consid. 1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

- 27 - relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_803/2013 du

E. 13

février 2014 consid. 3.1 et 9C_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1). c) En l'occurrence, il sera préliminairement observé que seuls sont pertinents pour l'examen de la cause les diagnostics retenus pour des atteintes existantes ou survenues pendant la période litigieuse, soit d'août 2003 à décembre 2008. Il s'agit donc des troubles psychiques, de la section du fléchisseur profond du 5ème doigt de la main droite, de la fasciite nécrosante de la racine de la cuisse gauche et du muscle psoas, de l'hépatite C, ces diagnostics ayant été posés antérieurement à la demande, ainsi que du lymphome diagnostiqué en avril 2006, du syndrome d'apnées du sommeil, des sinusites à répétition, du probable asthme chronique et de la bronchopathie chronique diagnostiqués en 2007.

- 28 - En conséquence, les appréciations et conclusions des experts en relation avec le possible syndrome de Raynaud, les épisodes de pneumopathie, la dénutrition, les fractures ilio et ischio-pubiennes droites ne ressortent pas de l'objet du litige, ces atteintes ayant été diagnostiquées ou étant survenues entre 2009 et 2010. Il en ira de même de la problématique liée à l'exclusion par les experts du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, cette atteinte n'ayant été mise en évidence que dès décembre 2009. Enfin, l'aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan oncologique à partir de février 2010 ne saurait non plus être examinée. d) Cela étant, s'agissant des atteintes somatiques prévalant jusqu'en

2008, l'expertise judiciaire ne comporte pas de contradictions intrinsèques. Elle rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens cliniques complets, elle contient une appréciation exhaustive de la situation médicale. Plus particulièrement, le choix d'une analyse par diagnostic n'est en soit pas critiquable dans la mesure où celle-ci est suivie d'une synthèse pluridisciplinaire. L'expertise satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels formels. e) S'agissant de l'appréciation et des conclusions, alors que les Drs C. _____ et F. _____ retiennent, des suites de la fasciite nécrosante, une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité professionnelle antérieure, les experts estiment quant à eux que dès janvier 2002 le recourant aurait présenté une diminution de rendement de 50% dans cette activité exercée à plein temps. Le Dr C. _____ ne se prononce pas de façon détaillée sur les limitations fonctionnelles résultant de la fasciite, préconisant l'abstention de travail en force ou sur terrain inégal alors que les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr F. _____ rejoignent celles retenues par les experts. La divergence entre médecins et experts sur la capacité de travail dans l'activité antérieure trouve vraisemblablement son explication

- 29 - dans le fait que dans le cadre de l'anamnèse professionnelle, les experts ont investigué plus précisément les conditions d'exercice de la dernière activité de mécanicien de précision. Celle-ci consistait en l'occurrence à préparer des ordinateurs et à assembler des pièces dans un étai avant l'usinage, activité qui n'implique ni un travail en force, ni sur terrain inégal. Il ne ressort en revanche pas du rapport du Dr F. _____ qu'il aurait connu dans les détails la dernière activité professionnelle du recourant. Ainsi, au regard des conditions matérielles de l'activité professionnelle antérieure, l'appréciation expertale de la capacité résiduelle de travail dans cette activité n'est pas contestable. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'évaluation du Dr C. _____, lequel retient une capacité de travail de 50%, ne saurait mettre à néant l'opinion des experts. L'opinion du Dr C. _____ souffre d'un défaut de motivation et de l'influence de sa probable empathie à l'égard de son patient. Retenant une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'avis du Dr F. _____, suivi par le SMR, est en adéquation avec celui des experts. Pour le surplus, aucun rapport médical au dossier ne discute des limitations fonctionnelles inhérentes à la section du fléchisseur profond du 5ème doigt de la main droite, à la bronchopathie chronique ou encore au lymphome de telle sorte que l'avis des experts ne peut qu'être suivi. L'incapacité de travail de 100% en toutes activités entre avril 2006 et janvier 2008 consécutive au lymphome n'est pas litigieuse. Par ailleurs, aucun rapport médical ne s'inscrit en faux contre le constat des experts de l'absence d'incapacité de travail due à cette affection entre février 2008 et janvier 2010. Bien au contraire, le Dr K. _____ mentionne dans son rapport du 23 janvier 2008 un lymphome asymptomatique et n'induisant pas de limitation dans une activité adaptée. La mention par les experts, en lien avec la section du fléchisseur profond du 5ème doigt de la main droite, d'une diminution de

- 30 - rendement de 10% dans l'exercice de l'activité antérieure n'est pas médicalement contestée, ni celle de 20% consécutive à la bronchopathie chronique, dans l'hypothèse d'une activité adaptée. S'agissant du caractère non incapacitant des autres atteintes somatiques, soit l'hépatite C, le syndrome d'apnées du sommeil et les sinusites à répétition, aucun rapport médical ne le remet en cause. 5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique

maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une

- 31 - invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; cf. également TF 9C_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2 ; 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3). c) En l'espèce, le recourant déduit du volet psychiatrique de l'expertise que le trouble de la personnalité est d'une part invalidant et d'autre part constitue autant une cause qu'une conséquence, sous la

- 32 - forme de décompensation du trouble, de la consommation de toxiques. Il conteste le diagnostic de dépendance « primaire ». L'expert psychiatre a motivé le diagnostic de dépendance « primaire » sur la base du constat que dite dépendance avait existé depuis le jeune âge adulte du recourant et ne paraissait pas secondaire à une autre maladie. Elle était dès lors présumée non invalidante. Il n'a cependant pas échappé à l'expert que les

conséquences de la dépendance pouvaient être invalidantes. Plus exactement, il a observé que durant les périodes d'utilisation de substances psycho-actives, le recourant était susceptible de rencontrer des troubles du comportement et de la perception, pouvant s'associer à une sensation bizarre du déroulement de la temporalité et à des moments où l'attention n'était plus suffisante, conduisant ainsi à des altérations potentielles du temps de réaction. L'expert a également relevé que la fatigue et les sensations corporelles internes limiteraient en pratique la capacité de travail. Ainsi, l'expert psychiatre concède que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de stupéfiants pourraient être incapacitants. Cependant, dès l'instant où l'abstinence est concrètement exigible du recourant, le caractère incapacitant de la dépendance ne saurait être retenu au vu la jurisprudence citée ci-dessus. Le recourant présente encore un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Ce diagnostic n'est pas contesté et si le Dr C. _____, quant à lui, évoque l'existence de troubles anxieux et thymiques, il les définit clairement comme dénués répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, même dans l'hypothèse d'une interaction entre la dépendance et la comorbidité psychiatrique, celle-ci ne présente pas un caractère de gravité suffisant pour entraîner une incapacité. Cela étant, les conclusions des experts, en tant qu'elles se rapportent à la période d'août 2003 à décembre 2008, ne souffrent aucune contestation.

- 33 - 6. Dans ses déterminations sur expertise, l'intimé a conclu au renvoi de la cause pour nouvelle décision après réexamen de la situation par son service de réadaptation professionnelle. Etant rappelé qu'à dire d'experts, toute chance de réadaptation est actuellement nulle plus particulièrement en raison du lymphome, le réexamen ne peut que porter sur l'évaluation du taux d'invalidité et partant le droit à une rente. Un renvoi pour ce motif n'est pas admissible, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer. En l'espèce, le recourant conteste les revenus avec et sans invalidité tels que déterminés par l'intimé pour fixer le degré d'invalidité. Plus exactement, s'agissant du revenu sans invalidité, il reproche à l'intimé un défaut d'indication des sources utilisées pour fixer ce revenu ainsi que sa sous-évaluation. Selon le recourant, en se référant aux salaires statistiques ressortant de l'ESS 2006, avec un niveau de qualification 3 dans le domaine de la construction ou dans le domaine de la métallurgie, le revenu annuel aurait été alternativement de 65'064 fr. ou de 66'670 fr. Il soutient encore que le revenu d'invalidé ne peut être fixé sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que le taux d'abattement de 10% est largement insuffisant au vu de la multiplicité des limitations fonctionnelles. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334). Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est

- 34 - comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les

confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour l'évaluation des revenus avec et sans invalidité, il y a lieu de tenir compte des circonstances de fait qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à une rente, ainsi que des modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision et ayant des conséquences sur le droit à la rente (art. 29 al. 1 let. b LAI ; ATF 129 V 223 consid. 4.1 ; 128 V 174). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En l'occurrence, au vu des conclusions des experts, il aurait été exigible du recourant de travailler dans un domaine d'activité strictement adapté à ses limitations fonctionnelles à plein temps, sans diminution de rendement, de janvier 2002 à début avril 2006 et avec un rendement de 80 % de février 2008 à février 2010, possibilité dont il disposait théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y aurait d'ailleurs été tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage

- 35 - (TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4). Sa capacité de travail était en revanche nulle d'avril 2006 et janvier 2008. Au cours des années précédant la naissance du droit à la rente, le recourant a rempli des missions temporaires. Il aurait été actif pour la dernière fois dans une entreprise de serrurerie, en qualité de mécanicien de précision, sans que l'on connaisse sa rémunération horaire. L'intimé a selon toute vraisemblance calculé le revenu sans invalidité de 51'792 fr. sur la base d'une convention collective de travail. Faute de disposer de pièces au dossier attestant de ce que les dernières années d'activité professionnelle exercée par le recourant l'étaient dans des emplois régis par une convention collective de travail, ce sont les salaires statistiques ressortant de l'ESS qui peuvent servir de base à la détermination du revenu sans invalidité. Plus exactement, il convient de retenir le salaire mensuel brut réalisé par un homme au bénéfice de connaissances professionnelles spécialisées dans le domaine de la métallurgie et du travail des métaux (TA1, secteur 2, production, lignes 27, 28) et non dans celui de mécanicien de précision, les pièces au dossier n'établissant pas que cette profession exercée en dernier lieu l'ait été régulièrement. En 2002, ce salaire mensuel s'élevait à 5'380 fr. Les salaires de l'ESS tenant compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), le salaire mensuel doit être augmenté à 5'608 fr. 65. Le revenu sans invalidité sera ainsi arrêté à 67'303 fr. 80 annuellement. c) S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI l'a calculé sur la base des salaires de l'ESS 2002 dans une activité simple et répétitive, niveau de qualification 4, dans le secteur privé, production et services. Il est de 57'008 fr. 07. Ce montant n'est pas litigieux, au contraire du taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé pour les limitations fonctionnelles. L'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité est possible dans l'hypothèse de l'usage des ESS. Il est en effet

- 36 - notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et

pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). Entre 2002 et la nouvelle atteinte à la santé survenue en avril 2006, les limitations fonctionnelles du recourant consistaient en l'évitement de la station debout et de la marche prolongées, de la position

- 37 - agenouillée, du port de charges lourdes (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou <5 kg souvent), de manutention fine et gestes de précision pour l'utilisation d'outils dans la main droite ainsi que d'exposition au froid. A l'époque, le recourant était encore âgé de 34 ans et pouvait se prévaloir auprès d'employeurs potentiels d'un CFC et de plusieurs années d'expérience dans un secteur d'activité professionnel, élément qui ne pouvait que favoriser son engagement dans une activité simple et répétitive dans le secteur de la production à tout le moins. Il pouvait ainsi se recycler sans obstacle autre que les limitations fonctionnelles. Le taux d'abattement de 10% n'est dès lors pas critiquable. En conséquence, le revenu sans invalidité étant de 67'303 fr. 80 et celui d'invalidé déterminant de 51'307 fr. 26 (57'008 fr. 07 x 90%), la perte de gain s'élève à 15'996 fr. 40 et le taux d'invalidité ascende à 23,77%. Etant inférieur à 40%, il ne donne pas droit à une rente. 7. Le recourant a ensuite subi une incapacité totale de travail d'avril 2006 à janvier 2008. Dans la mesure où, selon l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b), le recourant a droit à une rente entière dès le 1er avril 2007. Dès février 2008, l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de lui permettre d'exercer à plein temps avec une diminution de rendement de 20% une activité professionnelle adaptée à ses nouvelles limitations fonctionnelles. a) Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (correspondant à l'ancien

- 38 - art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TF 9C_307/2008 précité consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. *ibid.*, avec les références citées). b) L'amélioration survenue dès février 2008 est manifestement notable et en mai 2008, la détérioration de l'état de santé survenue dès février 2010 n'était pas hautement prévisible. L'intervalle entre mai 2008 et février 2010 ne saurait au demeurant être qualifié de proche. En tenant compte du salaire de l'ESS réalisable par un homme au bénéfice de connaissances professionnelles spécialisées dans le domaine de la métallurgie et du travail des métaux (TA1, secteur 2, production, lignes 27, 28), le revenu sans invalidité sera arrêté pour 2008 à 71'073 fr. 60 (5'695 X 41.6 / 40 X 12). Quant au revenu avec invalidité, toujours calculé sur la base des salaires de l'ESS, dans une activité simple et répétitive, niveau de qualification 4, dans le secteur privé, production et

- 39 - services, il s'élève en 2008 à 59'978 fr. 88 (4'806 X 41.6 / 40 X 12), compte tenu de la durée hebdomadaire du travail (41,6 heures ; cf. La Vie économique 6-2010, tableau B9.2, p. 94). Pour mémoire, au vu du risque d'arrêts de travail liés à des récurrences de pneumonie dans un contexte de bronchopathie chronique et de perte de l'immunité, les experts ont retenu une diminution de rendement de 20% dans une activité à plein temps adaptée aux limitations fonctionnelles. Aux limitations fonctionnelles existant antérieurement à 2006 s'est ajoutée celle imposant l'abstention d'efforts physiques intenses ou non, en raison de l'asthénie et de l'altération de l'état général consécutives au lymphome. Cette dernière limitation restreint particulièrement les perspectives d'embauche du recourant, surtout lorsque comme dans le cas d'espèce, elle est fondée sur une affection notoirement sujette à récurrence, et entraînant de ce fait une forte réticence à l'engagement. Il sera donc procédé, en sus de la prise en considération d'une baisse de rendement de 20%, à un abattement de 25% sur le revenu avec invalidité, qui est ainsi arrêté à 35'987 fr. 33. La perte de gain s'élevant à 35'086 fr. 27, le degré d'invalidité ascende en définitive à 49,37%, ce qui ouvre le droit à un quart de rente dès le 1er mai 2008. 8. Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement fondé, doit être admis et entraîne une réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'avril 2007 à avril 2008 et d'un quart de rente dès mai 2008, l'OAI étant appelé à rendre une nouvelle décision pour la période courant dès janvier 2009. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

- 40 - En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 500 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD,

applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs. L'importance et la complexité du litige justifient in casu l'allocation d'une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

- 41 -

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