

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Dind et Mme Röthenbacher
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

C._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Christine Marti,
avocate à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 LPG; 8 al. 1, 28 al. 1 et 69 al. 1bis LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré), né le 16 juillet 1963, est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 1996.

Le 4 mars 2002, l'assuré a requis l'octroi d'une rente AI à 100 % et produit le certificat médical établi le même jour par le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale, attestant que son patient est en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée.

Le rapport médical du Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et en infectiologie, indique qu'il suit l'assuré depuis le 22 novembre 1995 pour une infection HIV et que la dernière évaluation a eu lieu le 5 juillet 2002. Il expose que son patient, qui séjournait en Thaïlande, a dû être rapatrié au mois de février précédent en raison de l'apparition d'un sida, sous la forme d'une mycobactériose disséminée, associée à des abcès pulmonaires et osseux à *pseudomonas aeruginosa*, qui a nécessité une hospitalisation prolongée au Centre F._____. Indiquant que l'évolution est lentement favorable grâce à l'introduction de la trithérapie anti-HIV, il relève toutefois que la situation est loin d'être stabilisée en raison de la persistance d'une dépression immunitaire importante et des effets secondaires du traitement. Le Dr Q._____ conclut que la capacité de travail de son patient est actuellement nulle et le pronostic difficile à préciser, mais qu'il est probable qu'une capacité d'environ 50 % sur le plan infectiologique puisse être restituée d'ici 1 à 2 ans.

Il résulte du rapport médical établi le 22 mai 2003 par le Dr Q._____ que la situation médicale de l'assuré s'est aggravée. Les investigations ont permis de montrer que le germe à l'origine de l'ostéomyélite est un *pseudomonas*, qui nécessite une antibiothérapie prolongée par la voie parentérale (6 semaines), actuellement poursuivie par voie orale. Le traitement conservateur s'étant révélé insuffisant, une cure chirurgicale est prévue pour le 4 juin 2003, ce qui entraîne une invalidité complète, dont la durée précise dépendra des résultats de

l'intervention chirurgicale et de l'antibiothérapie parentérale qui devra être poursuivie.

Le rapport médical établi le 31 décembre 2003 par le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré :

- Ostéomyélite chronique du tibia gauche à pseudomonas aeruginosa et enterobacter cloaquée.
- Status post fracture du plateau tibial externe gauche ostéosynthésée il y a quelques années avec complications sous forme d'une surinfection locale à pseudomonas déjà.

Comme diagnostics secondaires ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, le rapport mentionne :

- Sida stade C III, diagnostiqué en 1986.
- Hépatite B et C ancienne.
- Hypothyroïdie sub-clinique.

Le Dr M._____ expose avoir procédé à l'intervention chirurgicale sur le tibia de l'assuré le 4 juin 2003 et précise qu'une seconde intervention a été nécessaire le 2 juillet suivant. Il a vu l'assuré pour la dernière fois le 12 août 2003. Celui-ci n'avait plus de douleurs locales. La consolidation était acquise, la cicatrice calme, la mobilité de la cheville bonne et les tests sanguins normaux. Le patient a par conséquent été confié au Dr Q._____, qui le suit depuis de nombreuses années pour le sida. Sur le plan purement orthopédique, la capacité de travail est entière et sans limites dans une activité professionnelle de type bureau, surveillant de pièces, contrôle de qualité etc. Tout travail de force sur les chantiers nécessitant le port de charges et des déplacements continus ne semble en revanche pas adéquat, eu égard à l'état de santé général du patient, qui laisse quand même fortement à désirer. En outre, l'exposition au froid et à l'humidité doit être proscrite.

Selon le rapport médical établi le 4 mars 2004 par le Dr Q._____, la capacité de travail de l'assuré au plan infectiologique est de 50 %. Le spécialiste précise que les limitations fonctionnelles de son patient sont de deux ordres. D'une part la fatigue entraînée par une

hépatite C chronique avec cytolysse oscillant entre 2 et 8 fois la valeur supérieure. D'autre part les effets secondaires de la trithérapie, actuellement sous la forme d'une toxicité neuropsychiatrique.

Par décision du 18 mars 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en considérant que les pièces en sa possession ne lui permettraient pas d'admettre une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, ni une diminution de sa capacité de travail.

L'assuré a formé opposition à la décision précitée par acte du 27 avril 2004.

Par pli du 30 avril 2004, le conseil de l'assuré a produit la copie d'une lettre que lui a adressée le médecin traitant de son mandant, le Dr T. _____, en date du 27 avril précédent, dont la teneur est la suivante :

"(...)

A mon avis, il existe une incapacité de travail de plus de 50 % due à sa maladie du SIDA, à l'hépatite C et en raison de plusieurs problèmes à savoir :

- 1) un problème d'asthme assez sévère
- 2) un problème orthopédique avec status après ostéosynthèse du tibia gauche laissant des séquelles avec douleurs de la jambe gauche.
- 3) un problème orthopédique des deux poignets suite à une double fracture en 1988

"(...)"

Le 6 décembre 2004, le service juridique de l'OAI a émis un avis en ces termes :

"(...)

Je relève tout d'abord que **nous aurions vraisemblablement dû accorder à l'assuré une rente entière limitée dans le temps.** En effet, l'assuré a déposé une demande de révision en mars 2002 suite à une aggravation de son état de santé qui peut être fixée à février 2002, date de son rapatriement de Thaïlande (...). Le Dr Q. _____ atteste ensuite une incapacité de travail complète jusqu'à son dernier courrier, daté du 4 mars 2004 ; nous ne savons en

revanche pas précisément à partir de quand une capacité de travail de 50 % était à nouveau exigible.

L'assuré a en outre été opéré en été 2003, ce qui a vraisemblablement entraîné une IT (réd. : incapacité de travail) totale, avec toutefois la récupération d'une capacité de travail totale selon le spécialiste, sans doute à partir d'août 2003, date du dernier contrôle par ce médecin.

L'opposition devrait donc a priori être au moins partiellement admise pour ce motif.

Pour le reste, les arguments avancés par l'avocat sont d'ordre médical ; l'addition des différentes pathologies présentées par l'assuré devrait selon elle entraîner une IT totale. Le médecin-traitant, le Dr T._____, confirme qu'à son avis, il existe une IT supérieure à 50 % (il indiquait 100 % d'IT dans son dernier rapport).

(...)

A la lecture des différents diagnostics cités par l'avocate et le médecin-traitant, je remarque que seul l'asthme "assez sévère" et "dûment diagnostiqué par un pneumologue" ne fait pas l'objet d'un rapport de spécialiste (...)"

Il résulte du rapport médical complémentaire du 14 décembre 2004 que le Dr Q._____ a revu l'assuré le 19 juillet 2004; l'état de santé et la capacité de l'intéressé étaient alors sans changement. Le spécialiste a précisé qu'une capacité de travail de 50 % était exigible de son patient depuis la dernière évaluation, soit depuis le 2 mars 2004 et que, d'un point de vue infectiologique, les atteintes à la santé n'entraînaient pas de restrictions au niveau de l'exercice d'une activité lucrative.

Le 22 juin 2005, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne et des voies respiratoires, a posé le diagnostic de "syndrome pulmonaire obstructif sévère, réversible, n'entraînant pas d'insuffisance respiratoire mais tendance à l'hyperventilation". Ce spécialiste a proposé de procéder à des investigations supplémentaires.

Le 23 août 2005, le Dr Q._____ a répondu comme suit aux précisions requises par l'OAI le 8 août précédent :

"(...)

Monsieur C._____ présente une infection HIV, documentée en 1985, et non traitée jusqu'à début 2002, quand le patient s'est

présenté avec une septicémie à mycobatéries (sic) atypiques, une ostéite à *Pseudomonas* avec un abcès pulmonaire ainsi qu'une cholestase dans le cadre d'une immunosuppression très avancée (...). De plus, une hépatite C a compliqué la situation par le biais d'une augmentation de l'hépatotoxicité des différents traitements anti-bactériens et anti-viraux.

L'ostéomyélite a été traitée chirurgicalement (orthopédique) et par une antibiothérapie au long cours, et la septicémie à mycobactéries atypiques a répondu d'une part à l'introduction de la trithérapie antirétrovirale, et d'autre part au traitement spécifique.

La situation s'est lentement améliorée, et l'infection HIV est cliniquement tout à fait silencieuse actuellement. (...)

Le problème actuel est présenté par des poussées de fatigue avec cytolysse importante. (...)"

Le 2 septembre 2005, le Dr T. _____ a confirmé l'incapacité de travail totale de son patient et précisé qu'il lui prescrivait un anxiolytique en raison des accès d'anxiété et de déprime que celui-ci connaissait.

Il résulte du rapport médical complémentaire établi le 18 octobre 2005 par le Dr K. _____ que le cliché thoracique s'est révélé normal. Eu égard aux tests complémentaires effectués, ce spécialiste a confirmé que l'assuré présentait une obstruction bronchique qui méritait d'être traitée avec sérieux. Sa capacité d'effort est limitée à 55 % de la norme mais il ne s'agit pas d'un problème respiratoire au premier chef mais plutôt d'un problème d'épuisement et de faiblesse d'un membre inférieur droit et d'un problème de mauvais moral. Le Dr K. _____ a relevé que l'incapacité de travail strictement liée à la maladie respiratoire ne dépassait certainement pas 25 % en cas de traitement régulièrement suivi.

L'avis médical établi le 18 avril 2006 par la Dresse V. _____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a la teneur suivante :

"(...)

Le Dr K. _____ a revu l'assuré et pratiqué les examens complémentaires. Il est à noter que le Dr K. _____ a évoqué une certaine négligence de l'assuré concernant sa prise en charge médicamenteuse qui avait été interrompue 15 jours avant la consultation, car l'ordonnance n'était pas renouvelable. L'assuré aurait pu contacter son médecin traitant ou le Dr Q. _____ pour la

faire renouveler, mais il ne l'a pas fait. Sur le plan respiratoire, les examens pratiqués sont rassurants, comme le mentionne le Dr K. _____ (...) Selon lui, la capacité de travail ne devrait pas être diminuée de plus de 25 % pour des problèmes pneumologiques en cas de traitement suivi. A noter que l'assuré doit tout mettre en œuvre pour réduire son dommage, ce qui ne semble pas être le cas.

Au sujet du moral de l'assuré, nous avons questionné le médecin traitant, puisqu'en date du 18.08.05, Me Marty (sic) nous a mentionné que le Dr T. _____ s'occupe de l'état dépressif de cet assuré. A noter que ce médecin n'a jamais mentionné de diagnostic d'état dépressif dans ces différents rapports. Questionné sur ce sujet, il répond en date du 02.09.05, qu'il n'a revu l'assuré que le 10.06.05 (auparavant une consultation le 30.03.04, dans rapport du 30.05.05) pour une bronchite. Il mentionne qu'au vu des diagnostics et de l'état de santé, il est normal que l'assuré présente par moments des accès d'anxiété et de déprime. Pour cela il lui prescrit du (...). Nous pouvons donc affirmer que la fréquence des consultations, les arguments du médecin traitant, l'absence de traitement antidépresseur, l'absence de traitement par un psychiatre, l'absence de mention d'un tel diagnostic dans les différents rapports médicaux du Dr T. _____ et du Dr Q. _____ nous font retenir que **cet assuré ne présente pas de trouble psychique d'une durée et d'une gravité suffisante pour diminuer la capacité de travail exigible**. Par conséquent, il n'a pas d'atteinte à la santé psychique invalidante.

Enfin, le Dr Q. _____ nous précise en date du 23.08.05, la cinétique de l'atteinte infectiologique. Lors du dernier contrôle, l'infection HIV est parfaitement contrôlée et ne peut plus entraîner de limitations fonctionnelles. Le Dr Q. _____ mentionne des poussées de cytolyse hépatique, avec un bilan de l'hépatite C prévu par PBF en automne 05. (...)"

Le 15 août 2006, le Dr Q. _____ a informé l'OAI que les résultats des tests hépatiques effectués en 2005 et le 18 avril 2006 indiquaient une augmentation de la cytolysé conduisant à une ponction-biopsie hépatique. Il a précisé que dès lors que le stade de l'atteinte histologique exposait l'assuré à un risque d'hépatocarcinome significatif, une bithérapie était agendée pour l'automne.

Le 26 septembre 2006, le Dr Q. _____ a informé l'OAI que la durée du traitement par bithérapie anti-HCV serait d'environ une année. Il a précisé que, la tolérance au traitement étant très individuelle et l'expérience ayant démontré qu'on peut habituellement s'attendre à une diminution de la capacité de travail exigible, il ne lui était pour l'instant pas possible de se prononcer sur une éventuelle réduction de la capacité de travail exigible durant la période de bithérapie anti-HCV.

Il résulte du rapport médical complémentaire du Dr Q. _____ du 4 décembre 2007 que l'état de santé de l'assuré est stable sur le plan infectiologique depuis le 26 septembre 2007. La bithérapie a débuté le 20 avril 2007; elle est efficace et bien tolérée sur le plan subjectif, mais entraîne de discrets effets secondaires hématologiques. Le spécialiste a indiqué qu'il n'y avait pas de modification significative de la capacité de travail exigible de 50 % de son patient et que les limitations fonctionnelles consistaient en une augmentation de la fatigabilité et des troubles de la marche et de l'équilibre.

Au rapport du 4 décembre 2007 du Dr Q. _____ était joint le bilan établi le 14 mai 2007 par le Dr J. _____, spécialiste FMH en neurologie. Il en résulte que l'état général de l'assuré est conservé. Sur le plan neurologique, celui-ci se plaint d'une instabilité, en particulier lorsqu'il se penche en avant il a l'impression que les orteils ne le retiennent pas. Parallèlement, il mentionne une sensation ébrieuse constante, mais il n'a pas de nette paresthésie distale aux membres inférieurs, à caractère d'engourdissement, de fourmillements, ni de douleur. Il n'y a pas non plus de vertige rotatoire, de céphalée. Cette symptomatologie est subjectivement stable depuis janvier 2002, date à laquelle il a été rapatrié. Le neurologue décrit comme suit les résultats de l'EMG (réf. : électromyogramme) :

"(...) le potentiel sensitif du nerf sural est absent à droite. Les réponses motrices ont une amplitude abaissée, et les vitesses de conduction motrice se situent dans la limite inférieure de la norme.

Conclusion : examen compatible avec une polyneuropathie sensitivo-motrice des membres inférieurs inhomogène. (...)"

Ce spécialiste a précisé que le traitement actuel était optimal, qu'il n'y avait pas d'autre mesure à prendre sur le plan neurologique, mais qu'un bilan neurologique d'évolution serait nécessaire, à pratiquer en mai 2008, ou plus précocement en cas d'aggravation de la symptomatologie.

Dans l'avis médical du 21 décembre 2007, le Dr Z. _____ du SMR retient comme limitations fonctionnelles : marche en terrain

irrégulier, échelles à répétition, exposition au froid et à l'humidité, travaux de force, marche et station debout prolongée ainsi que les travaux autres que sédentaires ou légers. Le Dr Z. _____ admet l'incapacité totale de travail attestée par le Dr Q. _____ pour la période allant du mois de février 2002 au mois de mars 2004 et considère que la capacité de travail exigible actuellement est de 50 %.

Par décision sur opposition du 17 mars 2008, l'OAI a partiellement admis l'opposition en ce sens que la demi-rente d'invalidité doit être remplacée par une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période allant du 1^{er} mai 2002 au 30 juin 2004 (1) et octroyé, dès le 1^{er} juillet 2004, une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 51 % (2). Se fondant sur l'avis du SMR du 21 décembre 2007, l'OAI a considéré que, s'il devait admettre la péjoration de l'état de santé de l'assuré, synonyme d'une incapacité totale de travail pour la période s'étendant de février 2002 à mars 2004, à long terme l'assuré avait toutefois conservé une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire et adaptée. Retenant que ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient plus d'exercer l'activité de vendeur exercée précédemment, il a calculé le revenu hypothétique d'invalidé de l'assuré en prenant pour salaire de référence celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2000. Pour ce faire, il s'est référé aux données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral des statistiques (ci-après : ESS). Après adaptation du salaire brut standardisé à l'horaire usuel des entreprises pour l'année 2000, l'OAI a retenu un salaire annuel brut de 27'819 fr. 99 pour une activité à 50 %. Compte tenu de l'indexation des salaires de 2,5 % pour l'année 2001, soit l'année où son état de santé était objectivement stable, le revenu annuel d'invalidé déterminant a été arrêté à 28'515 fr. 49. Admettant un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles propres de l'assuré et de son taux d'activité réduit, l'OAI a fixé le revenu hypothétique d'invalidé auquel l'assuré aurait pu prétendre en 2001 à 24'238 fr. 17. Le revenu sans atteinte à la santé dans l'activité antérieure s'élevant pour sa part à 49'519 fr., la comparaison entre ce revenu et le

revenu d'invalidé a conduit l'OAI à admettre un degré d'invalidité de 51 % et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

B. Par acte du 16 avril 2008, C._____ a recouru contre la décision sur opposition du 17 mars précédent, en concluant, avec suite de frais et dépens, à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée à partir du 1^{er} juillet 2004. Le recourant a demandé à être soumis à un "bilan de santé complet permettant à l'autorité de recours de constater la dégradation constante de son état de santé".

Le 14 juillet 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par mémoire complémentaire du 1^{er} septembre 2008, le recourant a confirmé ses conclusions en faisant état d'une nouvelle pathologie neurologique. Il a produit les avis médicaux établis à cet égard par les Drs J._____ et T._____ les 9 juin et 30 juin 2008.

Il résulte du bilan neurologique du 9 juin 2008 du Dr J._____ que celui-ci a revu le recourant le jour même. Selon ce spécialiste, objectivement, le status neurologique ne s'est pas modifié de façon significative. L'examen électrophysiologique a mis en évidence des signes en faveur d'une polyneuropathie sensitivo-motrice prenant les caractéristiques d'une atteinte plutôt myélinique. Les paramètres de la conduction nerveuse motrice se sont un peu modifiés, mais dans l'ensemble de manière non réellement significative. Prenant en compte le bilan clinique et paraclinique, le Dr J._____ conclut à un syndrome séquellaire, myélopathique et neuropathique, sans changement significatif par rapport à l'examen effectué le 14 mai 2007.

Dans l'avis médical qu'il a établi le 30 juin 2008 à l'attention du conseil du recourant, le Dr T._____ indique que l'assuré est essentiellement suivi par le Dr Q._____ pour le traitement du sida et de l'hépatite C. Il estime que l'atteinte neurologique et les troubles de la marche et de l'équilibre apparus depuis 2007 (syndrome myélopathique et

neuropathique) entraînent un handicap important. Ainsi, selon ce praticien, l'atteinte neurologique en plus de toutes les autres pathologies décrites dans le rapport médical de 2004 motive une invalidité nettement supérieure à 50 %.

Dans ses déterminations du 2 octobre 2008, l'OAI expose que le rapport du Dr J._____ du 9 juin 2008 n'apporte aucun élément, du point de vue neurologique, de nature à remettre en question sa position, en relevant pour le surplus, que le rapport de mai 2007 de ce spécialiste a été pris en compte par le SMR, qui a procédé à une évaluation globale de l'état de santé du recourant (infectiologique, pneumologique, neurologique et orthopédique).

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En vertu de l'art. 83c LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire; RSV 173.01), lorsqu'elle statue, la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal est en principe composée de trois magistrats. L'art. 83c al. 2 LOJV réserve toutefois l'art. 94 LPA-VD, disposition prévoyant, dans le domaine des assurances sociales, qu'un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. et sur ceux interjetés contre un prononcé d'amende (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Sur la base des travaux préparatoires de la LPA-VD (EMPL LPA-VD, p. 46/47), la question de la valeur litigieuse ne se pose pas lorsqu'est litigieux l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, le seuil de 30'000 fr. étant présumé dépassé dans tous les cas.

En l'espèce, dès lors que le recours porte sur le maintien d'une rente complète d'invalidité au-delà du 30 juin 2004, la cause est de la compétence de la cour, composée de trois magistrats.

2. La demande de révision de la rente AI a été déposée le 4 mars 2002, la décision sur opposition rendue le 17 mars 2008 et le recours tend à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 juin 2004.

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les

modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 17 mars 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. 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, 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. 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.

4. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa version en vigueur dès le 1^{er} 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent.

b) D'après 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 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.

Le marché équilibré du travail selon l'art. 16 LPGA est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273, consid. 4b, p. 276; VSI 1998 pp. 293 ss, consid. 3b, p. 296 [I 198/97]; RCC 1991 pp. 329 ss, consid. 3b, p. 332; cf. ATF 130 V 343, consid. 3.2, p. 346).

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 222, p. 224 consid. 4.3.1; RAMA 1993 no 168 p. 101 consid. 3b.) Il faut établir, au degré de vraisemblance prépondérant, le revenu hypothétique réel sans invalidité (RAMA 2000 U 400 p. 381 et

réf.) soit le revenu hypothétique le plus concret possible, sur la base du dernier salaire sans invalidité avec réadaptation à l'évolution des salaires (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, pp. 205-206).

De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa, p. 76). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des ESS publiées par l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales. On procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25 % (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et 5a).

c) Selon l'art. 17 LPGA, 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). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

l'art. 17 LPGA. 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 130 V 349, consid. 3.5, 113 V 275, consid. 1a; voir également ATF 112 V 372, consid. 2b et 390, consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351, consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372, consid. 2b et 390, consid. 1b).

5. Avant d'examiner si le refus de l'OAI d'octroyer une rente complète d'invalidité au recourant au-delà du 30 juin 2004 est justifié, il convient préalablement de déterminer s'il y a lieu de compléter l'instruction de la cause comme l'a demandé le recourant en ordonnant une expertise pluridisciplinaire (bilan de santé complet) afin de déterminer si son état de santé s'est dégradé de façon globale et constante.

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

En résumé, 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 125 V 351 consid. 3a

précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

Enfin, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

b) Le recourant requiert un bilan de santé complet tenant compte de la polyneuropathie sensitivo-motrice qu'il présente depuis le mois de mai 2007 (avis médical du Dr J._____ du 14 mai 2007). Il fait valoir à cet égard que le status de 2008 (avis médical du 9 juin 2008 du Dr J._____) est sans changement significatif par rapport à l'examen effectué le 14 mai 2007 qui avait révélé cette nouvelle pathologie et que, de l'avis de son médecin traitant, le Dr T._____ (avis médical du 30 juin 2008), cette atteinte neurologique, en sus de ses autres pathologies, motive une invalidité nettement supérieure à 50 %.

En l'espèce, l'examen du dossier conduit la cour de céans à constater que, lorsque l'OAI a rendu la décision entreprise, il avait en sa possession les avis médicaux actualisés du recourant sur les plans infectiologique, orthopédique, pneumologique et neurologique. L'intimé a d'ailleurs dûment tenu compte des avis médicaux établis par les Drs Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et infectiologie, M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, K._____, spécialiste FMH en pneumologie, et J._____, spécialiste FMH en neurologie, dont il ressort que, sur le plan infectiologique, le recourant présente une incapacité de travail de 50 % depuis le 2 mars 2004 (rapports médicaux du Dr Q._____ des 4 mars 2004, 19 juillet 2004 et 4 décembre 2007), que sur le plan de pneumologique elle n'est pas

supérieure à 25 % (rapport médical du Dr K. _____ du 18 octobre 2005) et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur les plans orthopédique et neurologique (rapports médicaux respectifs des Drs M. _____ du 31 décembre 2003 et J. _____ du 14 mai 2007). Certes, le médecin traitant du recourant, médecin généraliste, est d'avis que le recourant présente une incapacité de travail nettement supérieure à 50 %. Il fait valoir dans son avis médical du 30 juin 2008 que c'est la polyneuropathie sensitivo-motrice que son patient présente depuis mai 2007, en sus de ses autres pathologies, qui motive une incapacité de travail supérieure à celle retenue par ses collègues. A cet égard, il faut toutefois noter que le spécialiste en neurologie qui a diagnostiqué cette pathologie, n'a pas évoqué d'éléments en faveur d'une quelconque incapacité de travail pour des motifs neurologiques dans son rapport du 14 mai 2007 et a indiqué, dans le bilan du 8 juin 2008, qu'il n'y avait pas de changement significatif depuis l'examen de 2007. Au surplus, on observe que c'est le Dr Q. _____ qui suit régulièrement le recourant depuis plusieurs années pour son affection HIV et les pathologies associées et que c'est également lui qui a adressé l'assuré aux autres spécialistes lorsque leur intervention s'avérait nécessaire. Dans ces conditions, la cour de céans considère que les avis médicaux émis par les différents spécialistes, qui contiennent des observations circonstanciées et objectivables et décrivent minutieusement les affections dont souffre l'intéressé ainsi que leurs répercussions sur sa capacité de travail, ne sauraient être remis en cause par l'appréciation du Dr T. _____, qui ne dispose pas des compétences d'un infectiologue, d'un orthopédiste, d'un pneumologue ou d'un neurologue, puisqu'il est généraliste, et qui se fonde principalement sur les plaintes de son patient - qu'il ne reçoit en consultation que très sporadiquement - et non sur des constatations objectives et dûment argumentées.

Au vu de ce qui précède, la cour considère que les avis médicaux des Drs Q. _____, M. _____, K. _____, et J. _____, qui sont bien motivés et se fondent sur des examens complets, ont pleine valeur probante. Il y n'y a ni lacune, ni contradiction dans l'évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant. Disposant des éléments suffisants pour statuer sur le recours, la cour estime par conséquent qu'il

n'est pas nécessaire de procéder à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. La requête du recourant à cet égard doit donc être rejetée.

Reste à examiner si le refus de l'OAI d'octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2004 est justifié. Il convient donc d'examiner quelles sont les affections invalidantes dont souffre le recourant depuis cette date, les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail, puis de déterminer la perte de gain en résultant.

6. a) Le recourant soutient que son état de santé s'est globalement et constamment dégradé depuis 2002, qu'il ne dispose plus d'aucune capacité de travail, ce qui justifie l'octroi d'une rente AI entière depuis le 1^{er} juillet 2004, respectivement au-delà du 30 juin 2004.

b) Selon les informations médicales figurant au dossier, le Dr Q._____ suit régulièrement le recourant pour l'infection HIV dont ce dernier souffre depuis 1995. Dite infection, documentée depuis 1985, n'a pas été traitée jusqu'au mois de février 2002, date à laquelle le recourant a dû être rapatrié de Thaïlande. Celui-ci a en effet développé un sida, sous la forme d'une mycobactériose disséminée, associée à des abcès pulmonaires et osseux à pseudomonas, qui a nécessité une hospitalisation prolongée.

Ainsi, entre 2002 et 2003, le recourant a notamment dû être traité par antibiothérapie et chirurgie en raison de l'ostéomyélite à pseudomonas aeruginosa et enterobacter cloaquée qu'il présentait au tibia gauche. Il ressort du rapport médical du 31 décembre 2003 du Dr M._____ que, lorsqu'il a revu le recourant le 12 août 2003, la consolidation du tibia était acquise, la cicatrice calme, la mobilité de la cheville bonne et les tests sanguins normaux. Ce spécialiste a indiqué que, sur le plan purement orthopédique, la capacité de travail du recourant était entière et sans limites dans une activité de type bureau, surveillant

de pièces, contrôle de qualité etc. Il a précisé que tout travail de force sur les chantiers nécessitant le port de charges et des déplacements continus n'étaient pas adéquats, vu l'état de santé général du recourant, et que l'exposition au froid et à l'humidité étaient à proscrire.

Il résulte d'autre part du rapport médical du 4 mars 2004 du Dr Q._____ que la capacité de travail du recourant sur le plan infectiologique est de 50 %. Le 14 décembre 2004, répondant aux demandes de précision de l'OAI, l'infectiologue a indiqué qu'il avait revu son patient le 19 juillet précédant et que tant l'état de santé que la capacité de travail de celui-ci étaient sans changement. Il a précisé qu'une capacité de travail de 50 % était exigible du recourant depuis le 2 mars 2004, date de la précédente évaluation, et que, d'un point de vue infectiologique, les atteintes à la santé n'entraînaient pas de restrictions au niveau de l'exercice d'une activité lucrative.

Le 22 juin 2005, le Dr K._____ a indiqué que le recourant présentait un "syndrome pulmonaire obstructif sévère, réversible, n'entraînant pas d'insuffisance respiratoire mais tendance à l'hyperventilation". Après avoir effectué des investigations complémentaires, le pneumologue a précisé, le 18 octobre 2005, que le cliché thoracique s'était révélé normal, que le recourant présentait une obstruction bronchique méritant d'être traitée avec sérieux, sa capacité d'effort étant limitée à 55 % de la norme, mais qu'il ne s'agissait pas d'un problème respiratoire au premier plan mais plutôt d'un problème d'épuisement et de faiblesse d'un membre inférieur droit et d'un problème de mauvais moral. Ce spécialiste a indiqué que l'incapacité de travail strictement liée à la maladie respiratoire ne dépassait certainement pas 25 % en cas de traitement régulièrement suivi.

Des rapports médicaux des 23 août 2005 et 4 décembre 2007 du Dr Q._____, il ressort que l'infection HIV est cliniquement silencieuse, que le recourant a dû suivre une bi-thérapie en raison d'une cytolyse importante depuis le 20 avril 2007, que ce traitement est efficace et bien toléré, de sorte qu'il n'y a pas de modification significative de la capacité

de travail exigible de 50 % de son patient. Ce spécialiste a précisé que les limitations fonctionnelles consistaient en une augmentation de la fatigabilité et des troubles de la marche et de l'équilibre.

Enfin, il résulte du rapport neurologique établi le 14 mai 2007 par le Dr J. _____ que les résultats des examens pratiqués sur le recourant sont compatibles avec une polyneuropathie sensitivo-motrice des membres inférieurs inhomogène. Le neurologue a précisé que le traitement actuel était optimal, qu'il n'y avait pas d'autre mesure à prendre sur le plan neurologique, mais qu'un bilan neurologique d'évolution serait pratiqué en mai 2008, ou plus précocement en cas d'aggravation de la symptomatologie. Dans l'avis médical du 8 juin 2008, ce spécialiste a indiqué que le status neurologique ne s'était pas modifié de façon significative, précisant que l'examen électrophysiologique avait mis en évidence des signes en faveur d'une polyneuropathie sensitivo-motrice prenant les caractéristiques d'une atteinte plutôt myélinique, de sorte qu'on pouvait conclure à un syndrome séquellaire myélopathique et neuropathique, sans changement significatif par rapport à l'examen effectué le 14 mai 2007.

L'ensemble des éléments médicaux rappelés ci-dessus permet d'admettre, qu'après s'être aggravé entre février 2002 et mars 2004 au point d'aboutir à une totale incapacité de travail durant cette période, l'état de santé du recourant s'est amélioré au point que, de l'avis de l'infectiologue, une capacité de travail de 50 % est exigible de son patient depuis le 2 mars 2004, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les avis médicaux des autres spécialistes ne remettent pas en cause cette appréciation, puisque seul le pneumologue indique une diminution de la capacité de travail d'au maximum 25 % dans une activité adaptée. C'est d'ailleurs à cette même conclusion qu'ont abouti tant le SMR que l'intimé, puisqu'ils ont retenu que le recourant ne pouvait plus exercer son activité précédente de vendeur, mais une activité sédentaire à 50 %, tenant compte de sa fatigabilité, de ses troubles de la marche et de l'équilibre et excluant tout travail de force sur les chantiers nécessitant

le port de charges et des déplacements continus, ainsi que l'exposition au froid et à l'humidité.

Pour le surplus, il suffit de constater que le calcul du taux d'invalidité, qui n'est pas contesté, est correct. L'OAI n'a en particulier pas abusé de son pouvoir d'appréciation en fixant le taux d'abattement à 15 % pour tenir compte de la capacité de travail partielle et des limitations personnelles du recourant. Le degré d'invalidité résultant de ce calcul ne dépassant pas 51 %, force est d'admettre, avec l'intimé, que le recourant a droit non plus à une rente complète, mais à une demi-rente depuis le 1^{er} juillet 2004, soit trois mois après la constatation de l'amélioration de son état de santé intervenue en mars 2004 (art. 88 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité]; RS 831.201).

7. En conclusion, mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 49 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition de l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 17 mars 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, mis à la charge du recourant C._____, sont arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs).

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Catherine Marti, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :