

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 août 2013

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Pasche, et Mme Dormond Béguelin, assesseur  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Cheseaux-Lausanne, recourant, représenté par DAS Protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le [...], a travaillé comme chauffeur et vendeur auprès de la société Y. \_\_\_\_\_, à [...], du 1<sup>er</sup> juin 1994 au 30 novembre 2006. Il a été en incapacité de travail depuis le 12 décembre 2005.

Le 9 juin 2006, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud une demande de prestations pour adultes, en raison de problèmes rhumatologiques depuis 2004.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 22 juin 2006, ce praticien a posé les diagnostics d'ulcère gastrique géant le 8 décembre 2005 avec récurrence d'un ulcère antral le 5 avril 2006, de status post fundoplication selon Nissen et vagotomie proximale sélective en 1979 pour maladie ulcéro-duodénale et hernie hiatale, de lombalgies chroniques sur spondylarthrose et troubles statiques ainsi que coxarthrose bilatérale depuis environ 1999, de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) depuis environ 1990, de maigreur depuis environ 1980 et d'état anxieux chronique depuis 1972. Ce médecin a retenu une incapacité de travail de 100% du 8 décembre 2005 au 30 juin 2006 dans l'activité de chauffeur et vendeur auprès de Y. \_\_\_\_\_. Dans une activité adaptée, par exemple comme gestionnaire de stock de marchandises, planificateur de livraisons, secrétaire ou comptable, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006. Il devait éviter d'exercer pendant plus de quatre heures par jour une activité en position debout ou requérant de maintenir la même position pendant longtemps, ou une activité impliquant le port de charges supérieures à 10 kilos ou des mouvements répétitifs des membres ou du dos.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 19 octobre 2006, la société Y. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé pour cette

entreprise jusqu'au 7 décembre 2005, que son horaire de travail était de 8h45 par jour et que, sans atteinte à la santé, il réaliserait un revenu de 5'540 fr. par mois.

Sous l'égide de l'OAI, l'assuré a effectué un stage d'orientation professionnelle aux U.\_\_\_\_\_, à Genève, du 4 février au 3 mai 2008. Il a été retenu que les capacités fonctionnelles de l'assuré étaient compatibles avec une activité professionnelle légère, sédentaire et évitant la surcharge du rachis, dans le circuit économique normal et avec un rendement de 50 à 70%. Une expérience de onze jours comme aide-animateur dans un EMS a démontré que l'assuré, bien que physiquement apte, n'était pas fait pour ce métier. En conclusion, les responsables de stage ont indiqué qu'une réadaptation était possible comme représentant en alimentation, chauffeur-livreur ou ouvrier dans le secteur de l'industrie, pour un rendement - améliorable - de 50 à 70%.

Du 2 juin au 31 juillet 2008, l'assuré a effectué un stage comme aide-représentant auprès de H.\_\_\_\_\_ SA, lors duquel son engagement a été considéré comme excellent; l'assuré comprenait vite et bien les consignes, et il s'adaptait facilement. Cette entreprise lui a proposé une formation pratique comme représentant en produits alimentaires.

Du 4 août 2008 au 31 janvier 2009, l'assuré a effectué une formation de représentant en produits alimentaires auprès de H.\_\_\_\_\_ SA, financée par l'OAI. Cette entreprise n'ayant pas de postes à pourvoir et l'assuré n'ayant pas trouvé de travail, il s'est ensuite inscrit à l'assurance-chômage.

Dans un rapport intermédiaire du 17 février 2009, l'OAI a indiqué que l'assuré était arrivé au terme de son reclassement professionnel en tant que représentant en produits alimentaires. Il a retenu qu'au vu de l'âge de l'assuré et de ses connaissances dans le domaine des produits alimentaires, il s'agissait de l'orientation la plus simple et adéquate.

Par communication du 18 février 2009, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assuré, sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un projet de décision du 18 février 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que l'assuré avait accompli avec succès une formation de représentant en produits alimentaires, lui permettant de réaliser un salaire annuel de 65'000 fr., de sorte que des mesures professionnelles supplémentaires n'étaient plus nécessaires.

Dans un certificat médical du 23 février 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% à compter du 16 février 2009. Le 5 mars 2009, ce praticien a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé par rapport à juin 2006 et ne lui permettait pas la reprise d'une activité professionnelle.

Par acte du 12 mars 2009, l'assuré a contesté le projet de décision précité, en faisant valoir qu'il avait des douleurs récurrentes au niveau du dos, qu'il suivait de la physiothérapie et que son état de santé s'était dégradé.

L'OAI a requis un nouvel avis au Dr T. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 12 juin 2009, ce praticien a retenu un pronostic peu favorable, compte tenu en particulier de la pathologie rhumatismale et pulmonaire qui s'aggraverait très probablement dans les années à venir. Il a attesté une péjoration de l'état de santé de son patient, consistant en des lombosciatalgies bilatérales au moindre effort, lors de port de charges modérées et lors de positions statiques prolongées. Il a aussi noté l'aggravation d'une dyspnée à l'effort dans le cadre d'un syndrome pulmonaire obstructif sévère et d'une fatigabilité importante dans le cadre d'un état cachectique et de la pathologie pulmonaire. L'intéressé ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité de chauffeur livreur. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était probablement limitée

d'environ 50% pour autant que ce travail pût se faire en position assise, alternant avec des positions debout, sans port de charges. En tant que représentant en produits alimentaires, sa capacité de travail était au maximum de 20%, principalement en raison de la fatigabilité accrue et de l'impossibilité de porter des charges et d'effectuer de longs trajets en voiture.

Le cas a été soumis au Service médical régional Aide l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR), qui dans un avis médical du 17 juillet 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_ a proposé la mise en œuvre d'une expertise, en raison des imprécisions figurant au dossier et de l'intrications des pathologies affectant l'assuré.

Le 24 septembre 2009, l'assuré a été soumis à un examen auprès du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne à Lausanne. Dans son expertise du 28 septembre 2009, ce spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de BPCO de degré très sévère Gold IV et de dorso-lombalgies chroniques, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade II a et de coxarthrose bilatérale prédominante à droite. Il a ensuite retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"L'assuré présente au premier plan une BPCO très sévère avec VEMS à 0,860 L, soit à 26%, non amélioré après broncho-dilatateur. La dyspnée est de stade III, après quelques minutes en terrain plat, après avoir parcouru 100 mètres ou lorsqu'il porte ses bras au dessus de l'horizontal des épaules. En outre, les mesures statiques mettent en évidence une hyper inflation et un important air-trapping. La PO<sub>2</sub> au repos se situe à 60 mmHg, n'augmentant que très modérément à l'effort (70 mmHg) avec apparition d'une acidose métabolique. La saturation en oxygène à l'air ambiant est alors de 96%. A l'effort, la VO<sub>2</sub> max est limitée à 27,0 ml/kg/min. L'effort est interrompu à 31% de la puissance prédite, interrompu par les difficultés respiratoires (4,8 METs à l'effort maximal).

Ces mesures à l'effort confirment une insuffisance respiratoire majeure. La VO<sub>2</sub> du sujet (27 ml/kg/min) lui interdit pratiquement de pratiquer une activité autre que légère, sédentaire pendant 8 heures d'affilée. Si l'on accepte qu'une telle activité (employé de bureau) requière une VO<sub>2</sub> estimée à 4,25 ml/kg/min, la durée et l'intensité possible de travail seraient théoriquement de 8 heures (capacité maximale diminuée de 16%). Ceci est sans compter avec une

cachexie avec fonte musculaire et du tissu musculaire sous cutané, consécutive à la BPCO. En soi, la cachexie dans le cadre d'une BPCO, représente un facteur additionnel de mauvais pronostic.

Par ailleurs, il souffre d'une manière corollaire d'un important syndrome de déconditionnement, aggravant ainsi le tableau douloureux de dorso-lombalgies chroniques actuellement décompensées. Depuis août 2009, l'assuré présente des douleurs pratiquement permanentes, le tableau étant évocateur de micro instabilités.

Cliniquement, il est mis en évidence un syndrome lombo-vertébral relativement sévère avec raideurs segmentaires, contractures musculaires et cyphose dorso-lombaires. L'évolution radiologique entre 2004 et actuellement, est relativement stable. L'assuré, cliniquement, ne présente pas de symptomatologie suggestive d'un canal lombaire étroit, ni de symptôme au signe évocateur d'un conflit radiculaire significatif.

A noter enfin, qu'il présente une artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec probable claudication de stade II, encore que son périmètre de marche soit limité essentiellement par la dyspnée d'effort, plutôt que par l'artériopathie. Cliniquement, on observe un temps de recoloration anormalement prolongé des 2 pieds, un discret gradient thermique, un souffle ilio-fémoral gauche avec des artères non palpées en périphérie, hormis la pédieuse gauche.

Ainsi, il paraît évident que l'état de santé de cet assuré s'est aggravé depuis 2006 avec au premier plan, une péjoration de sa BPCO. L'aggravation date de février 2009 lorsqu'il a présenté une décompensation à l'occasion d'une bronchopneumonie. Quant aux lombalgies, elles n'ont fait que s'accroître ces derniers mois et en particulier en août 2009, avec un blocage permanent durant plus de 3 semaines suivi jusqu'à actuellement de blocages itératifs.

#### Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles résultent essentiellement de l'amputation ventilatoire très sévère avec intolérance aux efforts, limitation du périmètre de marche. Seule une activité sédentaire est possible, sans port de charge.

Quant aux lombalgies chroniques, elles sont à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes:

- Pas de port de charges.
- Pas de station assise ou debout prolongée.
- Pas de travail en zone basse ou en flexion antérieure du tronc.
- Pas d'effort en porte-à-faux.

Une activité de chauffeur livreur est ainsi non exigible. Dans une activité adaptée, il existe une capacité de travail n'excédant pas 50% depuis février 2009".

Dans son expertise, le Dr I.\_\_\_\_\_ a en outre répondu comme suit aux questions concernant l'influence de l'état de santé sur la capacité de travail, respectivement la réadaptation professionnelle:

"L'insuffisance ventilatoire ne permet plus l'exécution d'autre tâche qu'uniquement sédentaires, sans port de charge. Par ailleurs, les dorso-lombalgies ne permettent pas le maintien d'une longue position assise ou debout prolongée.

Pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis.

Diminution du périmètre de marche à 10 minutes.

Pas de travail en zone basse.

[...]

L'ancienne activité avant reconversion, n'est plus exigible. Nous n'y reviendrons pas. En revanche, il existe une aggravation depuis février 2009, si bien que l'activité jugée adaptée en 2008, ne l'est actuellement plus.

En considérant l'ensemble de sa pathologie, et même dans une activité adaptée, il existe, du fait de l'aggravation, une incapacité de travail à 50% au minimum.

[Si] l'on parle de l'activité de chauffeur livreur vendeur, il n'y a plus d'activité exigible. Dans une activité de représentant dans le secteur alimentaire, d'aide de bureau ou huissier, l'aggravation de février 2009 détermine une incapacité de travail de 50%.

La diminution de rendement a été intégrée à la diminution de la capacité de travail résiduelle.

[...]

Depuis février 2009, l'incapacité de travail est totale dans l'ancienne activité de chauffeur livreur et de 50% dans une activité adaptée de commerçant en produits alimentaires, d'huissier ou d'aide de bureau.

[...]

Il est peu vraisemblable que de nouvelles mesures [de réadaptation professionnelle] puissent améliorer la situation alors que les précédentes ont été mises en échec".

Dans un complément d'expertise du 15 octobre 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en maladies respiratoires, a retenu, à la suite d'une ergo-spirométrie, que les mesures statiques montraient une BPCO Gold IV (obstruction ventilatoire très sévère) mettant en évidence une hyperinflation et un important air-trapping avec des signes indirects d'emphysème. Les mesures à l'effort confirmaient

l'insuffisance ventilatoire, le patient ne pouvant pas augmenter sa fréquence respiratoire et arrêtant très vite son effort. Ce médecin a proposé de procéder à une échocardiographie.

Dans un avis médical du 13 septembre 2010 du SMR, les Drs L.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont retenu que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, avec une BPCO sévère décompensée en février 2009 à l'occasion d'une bronchopneumonie et des lombalgies aggravées en août 2009. L'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé.

Dans une fiche d'examen du 18 janvier 2010, l'OAI a relevé que l'assuré, âgé de 61 ans, avait bénéficié d'un reclassement comme représentant en produits alimentaires. Il pouvait travailler à 50% dans une telle activité.

Dans un projet d'acceptation de rente du 21 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2010. Il a retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 16 février 2009 avec une aggravation de son état de santé, de sorte qu'il ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité mais présentait dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles une capacité de travail de 50%. Se fondant sur un revenu sans invalidité de 76'790 fr. en 2009 en tant que chauffeur livreur et sur un revenu d'invalidité de 32'500 fr. en tant que représentant en produits alimentaires à 50%, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 57.67%.

Par décision du 21 mai 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2010. Dans sa motivation, l'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet précité.

Dans un certificat médical du 6 juin 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin assistant à l'hôpital de [...], a indiqué que l'assuré avait été

hospitalisé du 10 mai au 6 juin 2010, période pendant laquelle il était à l'arrêt de travail à 100%.

Le 11 août 2010, la compagnie DAS Protection juridique SA, mandataire de l'assuré, a demandé à l'OAI de lui remettre la décision du 21 mai 2010 ainsi qu'une preuve de sa notification, en expliquant que l'intéressé ne l'avait pas reçue. L'OAI a envoyé une copie de cette décision audit mandataire, qui l'a reçue le 17 août 2010. DAS Protection juridique SA n'a pas déposé de recours.

Dans un rapport du 26 novembre 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis septembre 2009, avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive sévère, passée du stade III au stade IV, soit le stade maximal, ayant nécessité un séjour de réhabilitation à l'hôpital de [...] en juillet 2010. Cette pathologie respiratoire, qui s'était assez rapidement péjorée en l'espace d'une année, était responsable d'une grande fatigabilité et d'une diminution importante des performances physiques de l'assuré, ce qui limitait ses déplacements ou le port de charges déjà moyennes. En outre, l'assuré souffrait de lombalgies chroniques sur spondylarthrose, coxarthrose bilatérale et troubles de la statique de la colonne lombaire, aggravées depuis septembre 2009, responsables de douleurs à la moindre mobilisation du rachis lombaire, lors d'une position statique prolongée ou lors du port de charges moyennes. Ce praticien a de plus signalé que son patient présentait un épisode dépressif moyen nécessitant l'instauration d'un traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré, dans le cadre de son ancienne profession de chauffeur livreur, ne dépassait pas 20%, avec un risque d'absentéisme important.

Le 6 avril 2011, le mandataire de l'assuré a transmis les documents suivants à l'OAI:

- Un rapport du 3 janvier 2011 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie à la clinique [...] à Lausanne, retenant suite à une IRM du genou

droit la présence d'une discrète dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne associée à un kyste poplité de petite taille en position habituelle; il n'y avait pas de nette lésion dégénérative appréciable.

- Un rapport du 21 février 2011 des Drs Z. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, médecin chef et médecin assistant à l'hôpital de [...], attestant un séjour de l'assuré au service de pneumologie du 11 au 30 janvier 2011. Ces médecins ont notamment posé les diagnostics de BPCO de stade III selon Gold, de syndrome d'apnées du sommeil mixte avec une prédominance d'apnées centrales, d'arythmies supraventriculaires et de maladie aortique. Ils ont confirmé, au niveau des fonctions pulmonaires, la présence d'un syndrome obstructif de degré très sévère. Un appareillage par CPAP autopiloté s'était soldé par un échec. Une échographie avait montré une insuffisance modérée de la valve aortique, une sténose avec calcification et une FEVG à 60% sans hypertension pulmonaire estimée. Pendant l'hospitalisation, ils ont noté une amélioration des fonctions pulmonaires, puis ont prescrit un traitement de physiothérapie et de plusieurs médicaments.

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR, qui a retenu dans un avis médical du 30 mai 2011 et sous la plume du Dr L. \_\_\_\_\_ que l'aggravation mentionnée dans le rapport précité avait été de courte durée. Il a confirmé l'incapacité de travail totale dans l'activité exercée et, dans une activité adaptée, une exigibilité de 50%.

**B.** Dans un formulaire déposé le 7 juillet 2011 auprès de l'OAI, l'assuré a demandé une révision de son droit à des prestations d'invalidité.

Par projet de décision du 22 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la demande de révision du droit à la rente. Il a retenu que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'état de fait était resté identique

et il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 13 septembre 2011, par son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Les documents médicaux suivants ont par la suite été versés au dossier:

- Un rapport du 21 février 2011 du Dr [...], chirurgien orthopédique et médecin agréé au département de l'appareil locomoteur du CHUV, relevant la présence de signes méniscaux internes positifs sur un genou présentant un léger morphotype en varus, un testing ligamentaire physiologique en l'absence d'épanchement à l'examen du jour. Les lésions constatées à l'IRM étaient modestes et le patient répondait aux anti-inflammatoires. L'indication pour une arthroscopie méniscale a été écartée.

- Un rapport d'échocardiographie du 21 janvier 2011 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en cardiologie, retenant la présence d'une maladie aortique, avec une valve fortement calcifiée mais une fonction systolique globale préservée. Ce médecin a préconisé d'autres méthodes d'investigation.

- Un rapport du 27 juillet 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_, indiquant un séjour de l'assuré du 25 au 26 juillet 2011 à l'hôpital de [...], ce dernier présentant les atteintes de syndrome d'apnée du sommeil mixte sévère et de BPCO stade III suivant Gold avec VEMS de 33%. Il a constaté une bonne adhésion au traitement pour l'apnée du sommeil et une discrète aggravation par rapport à janvier 2011 concernant la BPCO.

- Un rapport du 2 septembre 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_, relevant que la bronchopneumopathie chronique obstructive restait toujours très sévère, avec un stade III (sévére) de syndrome obstructif à la limite du stade IV (très sévère). Il y avait aussi des discopathies étagées de L1 à S1 associées à une sarcopénie massive des muscles paravertébraux, selon

une IRM du 26 novembre 2010, ce qui pouvait contribuer aux lombalgies. L'assuré souffrait aussi de gonalgies internes droites en raison d'une dégénérescence du ménisque interne. Sur le plan psychologique, l'assuré avait toujours une thymie instable avec de fréquents moments d'angoisse ou de tristesse sous une médication continue de psychotropes. Il présentait en outre une dyspnée au moindre effort associée à des lombalgies et gonalgies internes droites; il se fatiguait très rapidement et devait prendre des médicaments et faire de la physiothérapie. Ce praticien a estimé que la capacité de travail de l'assuré ne dépassait certainement pas 20% dans une activité adaptée.

- Un rapport de consultation du 15 septembre 2011 du Dr B.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de probabilité a priori élevée de coronaropathie, malgré des tests peu adaptés, et de sténose aortique difficilement évaluable par écho. Il a proposé un cathétérisme pour préciser le status coronarien ainsi que la surface valvulaire.

- Un rapport d'investigation ambulatoire du 20 septembre 2011 du Dr B.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics d'absence de lésion coronarienne significative, mais d'athérosclérose diffuse importante, et de sténose aortique discrète à modérée. Il a retenu que les investigations ne mettaient pas en évidence d'éléments pour une participation cardiaque significative à la dyspnée atypique, avant de proposer une nouvelle évaluation d'échocardiographie dans un an.

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR, qui dans un avis médical du 4 octobre 2011 des Drs L.\_\_\_\_\_, et P.\_\_\_\_\_ a proposé au Dr I.\_\_\_\_\_ de se prononcer sur les pièces postérieures à son expertise et sur leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail.

Le 18 janvier 2012, l'assuré a été soumis à un nouvel examen auprès du Dr I.\_\_\_\_\_. Dans son expertise du 1<sup>er</sup> février 2012, ce spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de BPCO de degré sévère de stade III selon Gold et de dorso-lombalgies chroniques, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la

capacité de travail d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade I, de coxarthrose bilatérale prédominante à droite, de syndrome des apnées du sommeil mixte avec prédominance d'apnées centrales, de sténose aortique discrète à modérée et de lésion méniscale interne du genou droit. Il a ensuite retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

#### "1) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Une BPCO sur tabagisme est connue depuis environ 1990. La dyspnée d'effort progresse, survenant au moindre effort, en particulier dès février 2009 à l'occasion d'une bronchopneumonie. En mars 2009, le VEMS est à 30%. En septembre 2009, le VEMS est à 26% (0.86 litre) non amélioré après broncho-dilatateur. La dyspnée est de stade III. La PaO<sub>2</sub> au repos est de 60 mmHg.

M. G. \_\_\_\_\_ a bénéficié d'un séjour de réadaptation en juin 2010. Lors de ce séjour à l'hôpital de [...], il a interrompu un tabagisme chronique depuis lors, ainsi qu'un éthyliste chronique. Son état de santé général s'est amélioré avec prise de poids.

En janvier 2011, lors d'un nouveau séjour à l'hôpital de [...] pour aggravation de la dyspnée qui passe d'un stade II à un stade III à IV, il est noté une amélioration des fonctions pulmonaires avec un VEMS qui passe de 29% à 38% de la valeur du prédit. La dyspnée est déclarée en régression. L'hypoxémie est légère avec une PaO<sub>2</sub> à 71 mmHg. Lors d'un contrôle intermédiaire, le 25.07.2011, à l'hôpital de [...], la BPCO de stade III se confirme avec un VEMS à 33%. La gazométrie est identique avec PaO<sub>2</sub> à 71 mmHg. La discrète aggravation par rapport à l'état de janvier 2011 est à mettre également en parallèle avec la prise pondérale (73 kg en juillet 2011, 76 kg actuellement, contre 56 kg en septembre 2009).

On peut conclure ainsi que M. G. \_\_\_\_\_ a vraisemblablement pu décompenser temporairement sa BPCO mais que d'autre part, les fonctions respiratoires se sont plutôt améliorées par rapport à l'état de septembre 2009. Le VEMS est au dessus de 30%. L'arrêt du tabagisme s'est avéré ainsi primordial. Il n'est plus cachectique, au contraire, prenant 20 kg, il est actuellement en léger excès pondéral. La dyspnée dont il se plaint est probablement en rapport avec cette augmentation sensible du poids. Les limitations fonctionnelles importantes décrites lors de la précédente expertise, gardent ainsi toute leur légitimité. A l'époque déjà, il était décrit une dyspnée au moindre effort comme actuellement.

#### 2) Syndrome des apnées du sommeil

Un nouveau diagnostic a été établi en février 2011. En effet, il a été documenté un syndrome des apnées du sommeil déclaré comme peu symptomatique avec une prédominance d'apnées centrales traitées par BIPAP. L'évolution est favorable autant objectivement que subjectivement, M. G. \_\_\_\_\_ faisant état d'une amélioration de la qualité du sommeil et surtout de ses performances diurnes. Il

s'agit là d'une amélioration substantielle. En juillet 2011, la polygraphie retrouve uniquement 3 à 5 événements par heure alors qu'elle était de 45 IAH avant le traitement de BIPAP.

### 3) Sur le plan cardiaque

Lors d'un bilan effectué par le Dr F. \_\_\_\_\_ en juin 2010, il est trouvé fortuitement la présence d'une maladie aortique. La valve est déclarée fortement calcifiée et la régurgitation modérée. Le gradient moyen est de 15 à 20 mmHg sans dilatation du ventricule gauche qui n'est d'ailleurs pas hypertrophié et la fonction systolique est préservée. Ce bilan a été demandé dans la recherche d'une éventuelle hypertension pulmonaire qui se révèle heureusement négative. Revu le 21.01.2001, le Dr F. \_\_\_\_\_ ne trouve pas de modification significative de la maladie aortique. La sténose n'est pas critique. L'échographie du 15.09.2011, effectuée par le Dr B. \_\_\_\_\_ confirme que la sténose aortique est modérée. Il procède à une échographie trans-oesophagienne qui révèle une sténose aortique uniquement discrète à modérée, mesurée à 1,7 cm<sup>2</sup>. Il n'y a pas de bicuspidie comme suspecté mais une fusion par calcification. La fonction ventriculaire est normale. En outre une coronarographie effectuée le 20.09.2011, ne montre pas de sténose significative mais plutôt une athérosclérose diffuse.

Ainsi, du point de vue cardiaque, la situation est plutôt rassurante, ne permettant pas d'expliquer une aggravation de la dyspnée que ce soit par le biais d'une hypertension artérielle pulmonaire ou d'une cardiopathie ischémique ou valvulaire.

### 4) Sur le plan artériel périphérique

Lors de l'expertise du 24.09.2009, il m'apparaissait que M. G. \_\_\_\_\_ présentait une claudication intermittente dans le cadre d'une artériopathie de stade II a.

A une date non précisée au cours de l'année 2010, il a bénéficié d'un bilan artériel dans le service d'angiologie du CHUV qui n'a pas montré de sténose artérielle significative mais n'a pas exclu non plus une athéromatose diffuse étendue.

Dans le cadre d'un réentraînement à l'effort, notamment à la marche, imposée par la situation respiratoire, M. G. \_\_\_\_\_ ne présente plus de claudication intermittente. Il y a donc amélioration de ce point de vue, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs étant actuellement de stade I.

### 5) Concernant l'appareil locomoteur

Il est fait état d'un nouveau diagnostic sous la forme d'une atteinte du genou droit. Il est examiné par le Dr [...] le 17.02.2011 en raison de gonalgies internes droites. Une IRM montrait une discrète dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne associé à un kyste poplité. Le Dr [...] trouvait cliniquement des signes méniscaux internes, l'absence d'épanchement, et proposait un geste opératoire si nécessaire. De ce point de vue, l'évolution est stable avec des gonalgies intermittentes sans blocage, sans épanchement. Globalement la fonction du genou est conservée,

actuellement. Dans une activité sédentaire, cette affection n'aggrave pas les limitations fonctionnelles. Il en est de même de la coxarthrose qui ne semble pas avoir évolué, du moins symptomatiquement ou cliniquement depuis 2009.

#### 6) Rachis

Quant aux lombalgies chroniques, connues de longue date et dûment décrites lors de l'expertise du 24.09.2009, elles n'ont pas évolué de manière significative. Elles étaient d'ailleurs décrites comme décompensées à l'époque, l'assuré présentait des douleurs pratiquement permanentes dans le contexte du syndrome de déconditionnement. En plus des Rx effectuées en 2004 et du 07.08.2009, M. G.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une IRM lombaire le 26.11.2010, mettant en évidence des discopathies étagées de L1 à S1. Il n'est pas décrit d'hernie discale ou de canal lombaire étroit. Examiné par le Dr Q.\_\_\_\_\_, les 17.11 et 10.12.2010, son diagnostic est parfaitement superposable à celui que j'avais eu l'occasion de poser en septembre 2009, à savoir celui de lombalgies communes chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique global. Le status est resté identique, tant sur le plan ostéo-articulaire que neurologique. Il était préconisé une physiothérapie de renforcement musculaire. Subjectivement, on a l'impression que la reprise d'activités physiques a permis d'améliorer la situation. De manière certaine, il n'y a pas d'aggravation de ce point de vue, sans modification non plus du status neurologique. A propos de ce dernier, il existe de discrets signes de polyneuropathie sensitive distale déjà objectivée en 2009 et qui pourrait être mise en relation avec un éthylisme chronique que l'assuré reconnaît actuellement. Il nous annonce une abstinence complète d'alcool depuis juin 2010. Ceci représente également une amélioration.

#### 7) Psychologique

S'agissant des troubles anxieux et dépressifs, M. G.\_\_\_\_\_ annonçait en 2009 avoir présenté des troubles psychologiques dès 1972, aggravés lors d'un divorce en 1988 et lors de la perte de son emploi en 2006. En 2009, il se plaignait de ruminations anxieuses, le faisant prendre régulièrement du Tranxilium sans antidépresseur depuis plus de 2 ans et sans avoir consulté de psychiatres. Dans son rapport du 26 novembre 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ annonce que suite à son licenciement et ses différents problèmes somatiques, il a présenté un épisode dépressif moyen nécessitant l'instauration d'un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. M. G.\_\_\_\_\_ annonce que son humeur s'est singulièrement améliorée depuis qu'il a interrompu sa consommation d'alcool. Il précise même que son entourage familial l'a trouvé singulièrement changé. Il n'y a pas eu de prise en charge psychiatrique spécialisée. En janvier 2011, lors du séjour à l'hôpital de [...], il est indiqué que la thymie du patient est stable sous Citalopram et Tranxilium. Il nous confirme cette évolution favorable. Prié d'établir un questionnaire HAD, le score de dépression est de 8, soit non significatif. En revanche, il est toujours fait état d'éléments anxieux.

Ainsi, au total, tant sur le plan de l'appareil locomoteur, respiratoire, artériel, ou cardiaque, voir même psychologique, il ne peut être

retenu d'aggravation, si bien que les conclusions de la précédente expertise du 24.09.2009, ne subissent pas de modification.

C'est ainsi que dans l'activité de chauffeur-livreur, la capacité de travail est de 0%.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 50%. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes:

- Activités uniquement sédentaires.
- Pas de port de charge.
- Pas de longues positions assis ou debout.
- Pas d'activité en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis.
- Périmètre de marche de 10 minutes.
- Pas de travail en zone basse".

Dans son expertise, le Dr I. \_\_\_\_\_ a en outre répondu comme suit aux questions concernant l'influence de l'état de santé sur la capacité de travail, respectivement la réadaptation professionnelle:

"L'insuffisance respiratoire est sévère et ne permet que des activités sédentaires, sans port de charge. Le périmètre de marche est limité à 10 minutes.

Les dorso-lombalgies ne permettent pas le maintien de position prolongée assis ou debout et nécessitent l'alternance des positions.  
Pas de travail en zone basse.  
Pas d'activité en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis.

[...]

Dans l'activité de chauffeur livreur, il n'y a plus d'activité exigible.  
Dans une activité adaptée, l'incapacité de travail est de 50% dès février 2009.

La diminution de rendement a été intégrée à la diminution de la capacité de travail résiduelle.

[...]

Des mesures de réadaptation ont eu lieu et ont été mises en échec.  
Une réinsertion n'est en outre pas considérée par M. G. \_\_\_\_\_.

[...]

Dans une activité sédentaire, sans port de charge et respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, il existe toujours une capacité de travail exigible [qui est en l'occurrence de 50% dès le 11.02.2009]".

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a joint à son expertise un rapport du 10 décembre 2010 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne ainsi

qu'en rhumatologie. Celui-ci a posé les diagnostics de lombalgies communes chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique global et d'insuffisance respiratoire avec BPCO dans le cadre d'un ancien tabagisme sévère et d'une insuffisance aortique. Il a constaté un examen neurologique rassurant, sans déficit sensitif moteur mais uniquement une légère irritabilité à la manœuvre de Lasègue. Au vu de l'absence de conflit disco-radriculaire sur l'IRM et de la nature dégénérative des troubles rachidiens, il a préconisé une physiothérapie de renforcement musculaire. Il a proposé un réexamen sur le plan pneumologique. En outre, il a relevé que l'assuré se plaignait d'une douleur au genou droit et constaté une suspicion de signes méniscaux positifs au niveau du genou droit, qui mériterait un consilium orthopédique.

Dans un avis médical du SMR du 6 mars 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas de raisons de s'écarter de l'avis de l'expert I. \_\_\_\_\_.

Par décision du 15 juin 2012, l'OAI a refusé de procéder à une révision à la hausse du droit à la rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, par laquelle ce dernier bénéficie d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> février 2010. En outre, le rapport d'expertise faisait ressortir l'absence de modification de l'état de santé avec influence sur la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles.

Dans une lettre d'accompagnement du 15 juin 2012, l'OAI a expliqué que l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ remplissait tous les critères en matière de valeur probante, de sorte que malgré les allégations de l'assuré il n'y avait pas de modification de l'état de santé avec influence sur le droit à la rente.

**C.** Par acte de son mandataire du 17 août 2012, G. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision et a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière dès l'ouverture de son droit et subsidiairement au renvoi du

dossier à l'OAI pour mesures d'instructions complémentaires. Il soutient que l'OAI aurait dû examiner sa situation de façon globale pour déterminer son droit à des prestations d'invalidité, soit en se fondant sur ses atteintes à la santé, ses médicaments et les effets secondaires qui en découlent, ses douleurs, son âge (63 ans au moment de la décision attaquée) et ses possibilités de se faire engager par un employeur potentiel. Or aucun employeur n'accepterait de l'engager, de sorte que le droit à une rente entière dès le 26 novembre 2010 doit être reconnu. Sur le plan économique, le recourant conteste la fixation du revenu d'invalidé dans une activité de représentant en produits alimentaires et se fonde sur un salaire résultant des statistiques salariales dans une activité simple et répétitive de 22'652 fr. 90, tenant compte d'un abattement de 20% du revenu d'invalidé, ce qui avec un revenu sans invalidité de 76'790 fr. conduit à un taux d'invalidité de 70.5% et donc au droit à une rente entière.

Dans sa réponse du 21 novembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que la situation du recourant ne s'est pas modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, de sorte que les conditions d'une révision ne sont pas remplies. De plus, le fait que le recourant soit plus âgé ne constitue pas un élément nouveau susceptible d'entraîner une révision du droit à la rente.

Dans ses déterminations du 4 janvier 2013, le recourant a confirmé sa position, en s'étonnant que l'OAI n'ait pas procédé à un examen global de la situation, compte tenu de la jurisprudence en la matière. Il a en outre déposé les documents suivants:

- Un rapport du 12 juillet 2012 de [...], infirmière spécialisée en soins respiratoires à la ligue pulmonaire vaudoise, relevant notamment que l'assuré se plaint de dyspnée importante au moindre effort qui l'entrave fortement dans ses activités quotidiennes, et d'une sensation de gêne en haut du thorax.

- Une attestation de l'hôpital de [...] se rapportant à un séjour de l'assuré dans cet établissement du 7 au 29 septembre 2012.

Cette détermination, ainsi que les pièces produites, ont été communiquées à l'intimé. Le 12 juin 2013, le tribunal a informé les parties que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu en l'état du dossier.

### **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à la révision, en sa faveur, de la décision du 21 mai 2010 par laquelle une demi-rente d'invalidité lui a été allouée.

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

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

**b)** 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 51 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. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet

effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Selon la jurisprudence, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3; TF 9C\_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

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 343 consid. 3.5; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833).

**4. a)** Dans le cas présent, selon décision de l'OAI du 21 mai 2010, l'assuré est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> février 2010. Au moment de cette décision, selon l'expertise du 28 septembre 2009 du Dr I.\_\_\_\_\_, l'intéressé présentait les atteintes de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré très sévère Gold IV et de dorso-lombalgies chroniques; sa capacité de travail était de 50% depuis février 2009 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire, diminution du périmètre de marche à 10 minutes, pas de port de charges, pas de station assise ou debout prolongée, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis).

Il convient d'examiner si l'assuré a présenté une aggravation de son état de santé depuis les circonstances prévalant au moment de cette décision d'octroi d'une demi-rente.

**b)** Le Dr T.\_\_\_\_\_, dans ses rapports des 26 novembre 2010 et 2 septembre 2011 et se fondant sur l'avis de spécialistes, soutient que l'état de santé de son patient s'est aggravé, notamment avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive sévère, passée du stade III au stade IV. Or, un tel diagnostic - entraînant de surcroît des limitations fonctionnelles - a déjà été retenu dans l'expertise de 2009 du Dr I.\_\_\_\_\_. En outre, dans son expertise du 1<sup>er</sup> février 2012, le Dr I.\_\_\_\_\_ relève que l'assuré a vraisemblablement pu décompenser temporairement sa BPCO mais que les fonctions respiratoires se sont plutôt améliorées par rapport à septembre 2009, en raison de l'arrêt du tabagisme et du fait que l'intéressé, en léger excès pondéral, n'est plus cachectique. En 2009 déjà,

l'assuré se plaignait d'une dyspnée au moindre effort, qui peut être liée actuellement à l'augmentation sensible du poids. L'expert en conclut que les limitations fonctionnelles décrites lors de la précédente expertise restent d'actualité. Il faut donc en déduire que les troubles respiratoires ne se sont pas aggravés.

Concernant le syndrome des apnées du sommeil, dans son expertise du 1<sup>er</sup> février 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_ retient en premier lieu ce diagnostic comme sans répercussion sur la capacité de travail. Il relève ensuite que cette atteinte est peu symptomatique avec une prédominance d'apnées centrales traitées par BIPAP. L'évolution est favorable autant objectivement que subjectivement, l'assuré faisant état d'une amélioration de la qualité du sommeil et surtout de ses performances diurnes, de sorte qu'il s'agit selon l'expert d'une amélioration substantielle. Dans son rapport du 27 juillet 2011, le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne du reste une bonne adhésion de l'assuré au traitement des apnées du sommeil. Dès lors, cette atteinte, nouvelle par rapport aux circonstances prévalant au moment de la décision d'octroi d'une demi-rente, n'entrave pas la capacité de travail.

Sur le plan cardiaque, se référant aux constatations des Drs F. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, l'expert relève l'existence d'une maladie aortique, mais avec une fonction ventriculaire normale et l'absence de sténose significative. Il en déduit que la situation est plutôt rassurante et ne permet pas d'expliquer une aggravation de la dyspnée, que ce soit par le biais d'une hypertension artérielle pulmonaire ou d'une cardiopathie ischémique ou valvulaire. Suite à une échocardiographie du 21 janvier 2011, le Dr F. \_\_\_\_\_ constate au demeurant une fonction systolique globale préservée.

Sur le plan artériel périphérique, l'expert précise que l'intéressé, par rapport à l'examen de septembre 2009, ne présente plus de claudication intermittente. Des investigations d'angiologie ont écarté la présence de sténose artérielle significative. Il y a donc amélioration de l'état de santé, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs étant actuellement de stade I.

Concernant l'atteinte au genou, le Dr A. \_\_\_\_\_ a certes constaté la présence de signes méniscaux internes positifs, mais il a retenu que les lésions constatées à l'IRM étaient modestes et que le patient répondait aux anti-inflammatoires, avant d'écarter l'indication pour une arthroscopie méniscale (rapport du 21 février 2011). Pour sa part, l'expert retient une évolution stable avec des gonalgies intermittentes sans blocage, sans épanchement. Dans une activité sédentaire, cette affection n'aggrave pas les limitations fonctionnelles. Il en est de même de la coxarthrose qui ne semble pas avoir évolué depuis 2009.

Au niveau du rachis, l'expert relève que les lombalgies chroniques n'ont pas évolué de manière significative. Elles sont connues de longue date et décrites lors de l'expertise de 2009, où elles étaient déjà décompensées sous forme de douleurs pratiquement permanentes dans le contexte du syndrome de déconditionnement. D'un point de vue objectif, il n'y a pas d'hernie discale ou de canal lombaire étroit. Le status est resté identique, tant sur le plan ostéo-articulaire que neurologique. Il n'y a pas d'aggravation sur le plan subjectif, l'abstinence à l'alcool depuis juin 2010 étant au contraire un signe d'amélioration. Au demeurant, dans son rapport d'examen du 10 décembre 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé un diagnostic superposable à celui posé par l'expert en 2009, avec en sus un examen neurologique rassurant. En outre, si le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionne une aggravation des lombalgies chroniques dans son rapport du 26 novembre 2010, il retient à ce sujet des limitations fonctionnelles - douleurs à la moindre mobilisation du rachis lombaire, lors d'une position statique prolongée ou lors du port de charges moyennes - superposables à celles retenues par l'expert à l'issue de son examen de 2009.

Sur le plan psychique, l'expert indique que l'assuré se plaignait déjà en 2009 de ruminations anxieuses, nécessitant un traitement médicamenteux. L'expert souligne que l'assuré a présenté selon son médecin traitant un épisode dépressif moyen nécessitant un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, mais il annonce que son humeur s'est singulièrement améliorée depuis qu'il a interrompu sa consommation

d'alcool. Les médecins de l'hôpital de [...] ont relevé, à l'issue d'un séjour du 11 au 30 janvier 2001, que la thymie du patient était stable sous traitement médicamenteux. L'assuré a en outre confirmé cette évolution favorable lors de son entretien avec l'expert. A cela s'ajoute que l'assuré n'a pas fait l'objet de prise en charge psychiatrique spécialisée et que le diagnostic d'épisode dépressif n'est pas confirmé par un psychiatre. Dans ces conditions, on ne saurait parler d'aggravation de l'état de santé sur le plan psychique.

**c)** Dès lors, compte tenu des conclusions convaincantes et dûment étayées du Dr I. \_\_\_\_\_ - corroborées par les avis des médecins spécialistes versés au dossier - il y a lieu de retenir que l'état de santé de l'assuré n'a pas subi d'aggravation par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision du 21 mai 2010. On s'écartera donc des conclusions contraires du Dr T. \_\_\_\_\_, dont l'avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Le recourant présente donc toujours une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5. a)** Le recourant soutient que sa situation aurait dû faire l'objet d'un examen global, compte tenu notamment de ses problèmes de santé, de son âge et de ses possibilités de retrouver du travail.

Sous l'angle d'une révision du droit à une rente d'invalidité, le recourant ne saurait se prévaloir de la jurisprudence selon laquelle, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2).

En effet, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge toutes les situations où le bénéficiaire d'une rente partielle ne trouve pas de travail en raison de son âge. L'écoulement du temps - qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA et qui

est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (TF 9C\_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et les références citées).

**b)** Cela étant, on peut se demander si le recourant, dans ses déterminations du 4 janvier 2013, ne réclame pas la reconsidération (au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA) de la décision du 21 mai 2010, du fait que l'OAI n'aurait pas procédé - compte tenu de la jurisprudence en la matière (TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2) - à un examen global de la situation compte tenu de son âge et de ses possibilités réalistes de retrouver un emploi.

Il est douteux que le défaut de prise en compte de cette jurisprudence permette de reconsidérer une décision portant sur une rente d'invalidité. Quoi qu'il en soit, dans son rapport intermédiaire du 17 février 2009, l'OAI a indiqué qu'au vu de l'âge et des connaissances de l'assuré, l'orientation dans une activité de représentant en produits alimentaires était la plus simple et adéquate. Par ailleurs, dans une fiche d'examen du 18 janvier 2010, l'OAI a relevé que l'assuré, âgé de 61 ans, pouvait travailler à 50% comme représentant en produits alimentaires. Dès lors, il n'est pas démontré que l'OAI aurait le cas échéant manqué à son devoir de procéder à une analyse globale de la situation. En ce sens, la décision du 21 mai 2010 de l'OAI - au moment de laquelle l'assuré était âgé de 61 ans - n'apparaît pas manifestement erronée et ne peut faire l'objet d'une reconsidération.

Enfin, indépendamment de ce qui précède, la reconsidération est une possibilité dont dispose l'administration et dont le tribunal ne peut pas imposer l'usage.

**c)** Sur le plan économique, le recourant conteste la fixation du revenu d'invalidité dans une activité de représentant en produits

alimentaires, et se fonde sur un salaire résultant des statistiques salariales dans une activité simple et répétitive, avec un taux d'abattement de 20%.

Les circonstances économiques n'ont toutefois pas changé depuis la décision du 21 mai 2010 - l'assuré disposant d'une formation de représentant en produits alimentaires et n'ayant pas repris d'activité lucrative - de sorte qu'on ne voit pas de raison de procéder à une révision de son droit à la rente. Par cette décision, l'OAI a du reste procédé à une comparaison des revenus en bonne et due forme compte tenu de la pratique en la matière (art. 16 LPGA; TF 9C\_389/2012 du 9 octobre 2012 consid. 4.2).

**6.** Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI n'a pas modifié le droit à la rente par rapport à la décision du 21 mai 2010. Le droit à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> février 2010 doit être maintenu, et le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

**7. a)** Selon l'art. 69 al. 1bis LAI, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs.

En l'espèce, le recourant succombe et doit donc être astreint aux frais de procédure, qu'il y a lieu de fixer à 400 francs.

**b)** Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant débouté (art. 61 let. g LPGA).

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

**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- DAS Protection juridique SA, à Lausanne (pour G. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :