

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Pasche, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Tedeschi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par PROCAP Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 28 et 28a LAI ; 8 al. 1 et 16 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité de vendeuse auprès de la boulangerie-pâtisserie N.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 novembre 2015, à un taux de 80 % et pour un salaire annuel brut de 38'400 francs.

En incapacité de travail complète depuis le 21 juin 2015, l'assurée a déposé le 14 décembre 2015 une demande de mesures professionnelles et de rente de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être atteinte de sarcoïdose.

Dans un rapport du 13 mars 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une tendinopathie d'insertion supra épineux du côté droit et une suspicion de liposarcome, ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, une sarcoïdose et de l'asthme. L'activité habituelle n'était plus exigible.

Par rapport du 23 janvier 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics supplémentaires ayant une répercussion sur la capacité de travail de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade III, de mucoviscidose de forme frustrée et de bronchectasies avec bronchorrhée. Par ailleurs, l'évolution respiratoire était mauvaise, avec une exacerbation des épisodes infectieux. Ce médecin a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle à compter du 21 juin 2015. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle restait encore difficile à déterminer.

Dans une demande de convocation pour consultation mucoviscidose du 8 mars 2017, adressée au service de pneumologie du Centre C.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre C.\_\_\_\_\_), la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a indiqué avoir diagnostiqué une mutation F508del du gène CFTR à l'état hétérozygote, une mucoviscidose de forme

fruste, une sarcoïdose associée avec calcification ganglionnaire bilatérale, une BPCO GOLD 3 (sur tabagisme sevré depuis le mois de septembre 2016), un syndrome des apnées du sommeil de degré léger IAH 7 (traité par c-PAP [Continuous Positive Airway Pressure]) et des bronchectasies avec bronchorrhée. Elle relevait également une hospitalisation du 21 au 23 juin 2015 auprès du Groupement hospitalier Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Groupement hospitalier Q.\_\_\_\_\_) pour décompensation respiratoire.

Interpelé le 24 octobre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 15 novembre 2017, retenir les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de tendinopathie d'insertion supra épineux et subscapulaire en 2015 (actuellement en amélioration depuis l'éviction du port de charges), de BPCO, de mucoviscidose de forme fruste, de bronchiectasies, de pneumonies à répétition et de rémission des douleurs sur lipome. Il a également remis à l'OAI plusieurs documents, dont le rapport du 29 septembre 2017 des Dres B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et cheffe de clinique adjointe, et F.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du Groupement hospitalier Q.\_\_\_\_\_, lesquelles avaient indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur service du 25 au 29 septembre 2017 et retenu le diagnostic principal de pneumonie d'acquisition communautaire à *Haemophilus influenzae* et les diagnostics secondaires d'insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë sur chronique et d'alcalose métabolique hypochlorémique. Ces médecins avaient également souligné les comorbidités actives de BPCO GOLD IID et du fait que l'assurée était porteuse de la mutation F508del du gène CFTR à l'état hétérozygote, avec une mucoviscidose de forme fruste et des bronchiectasies avec bronchorrhée, prédominantes aux lobes supérieurs.

Interpellée le 18 janvier 2018, la Dre M.\_\_\_\_\_ s'est déterminée par rapport du 28 juillet 2018. Elle a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un syndrome pulmonaire obstructif sévère non réversible (diagnostiqué à la suite d'une hospitalisation pour décompensation respiratoire le 21 juin 2015) de stade GOLD 3 C (VEMS [volume expiratoire maximal par seconde] 50 % du prédit, exacerbations trois fois par an), un emphysème pulmonaire sévère (DLCO [diffusion libre

du CO] 45 %), des bronchiectasies diffuses prédominantes aux lobes supérieurs (en aggravation depuis le mois de septembre 2017), une fibrose pulmonaire de type fibroemphysème ou pneumopathie interstitielle diffuse de type RBILD, des calcifications ganglionnaires médiastinales majeures compatibles avec une sarcoïdose stade IV séquellaire (diagnostiquée en 2008), une mutation de la protéine CFTR F508del à l'état hétérozygote de type mucoviscidose à forme fruste, une exacerbation aigüe ayant conduit à une hospitalisation du 10 au 29 octobre 2016, une hospitalisation en date du 25 septembre 2017 auprès du Groupement hospitalier Q. \_\_\_\_\_ pour pneumonie aigüe à *Haemophilus influenzae* et décompensation du syndrome obstructif, ainsi qu'un syndrome des apnées du sommeil (IAH 7, polygraphie ; diagnostiqué en 2016). Cette médecin considérait que l'atteinte pulmonaire fonctionnelle était importante, en aggravation progressive et lentement régulière, ceci malgré le traitement inhalé maximal et la physiothérapie de réhabilitation effectuée deux fois par semaine. D'après elle, le pronostic allait vers une insuffisance respiratoire chronique sévère, à haut risque d'une oxygénodépendance. En conclusion, la Dre M. \_\_\_\_\_ a retenu que sa patiente n'était actuellement pas apte à exercer une activité professionnelle régulière et que sa situation respiratoire justifiait une incapacité de travail de 100 % dans un travail physique. L'activité habituelle n'était plus exigible et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient d'ordre respiratoire, de sorte que cette médecin a indiqué qu'un travail de bureau « à temps partiel à un taux d'activité maximal de 30 % », hors de toute exposition à un agent irritant ou toxique respiratoire, était imaginable. Toutefois, la durée de cette aptitude au travail « risquait d'être diminuée au long par l'évolution spontanée de la maladie vers une aggravation ou par des exacerbations aigües toujours possibles ».

Dans un avis SMR du 3 août 2018, la Dre R. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (SMR), a requis qu'une expertise pneumologique et rhumatologique soit mise en œuvre.

A teneur d'un rapport d'expertise du 12 février 2019, les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, et W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecins auprès du H.\_\_\_\_\_, ont diagnostiqué une BPCO de stade IIIC (connue depuis 2008, de type emphysémateux, en aggravation), des bronchectasies diffuses, de l'asthme à composante allergique (pollens, acariens et poils d'animaux), un syndrome des apnées du sommeil de degré léger (avec respiration assistée par pression positive [CPAP] depuis 2016), une sarcoïdose pulmonaire séquellaire (calcification ganglionnaires médiastinales, connue depuis 2004), une mucoviscidose à forme fruste (mutation de la protéine CFTR F508del) et une douleur lombo-sacrée droite (sans irradiation radiculaire). Selon les experts, les bilans fonctionnels ventilatoires confirmaient la présence d'une atteinte obstructive sévère et l'affection respiratoire se traduisait par une dyspnée à l'effort, une toux chronique et une tendance aux exacerbations infectieuses. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, ces spécialistes ont retenu qu'en qualité d'employée du secteur de la restauration, la capacité de travail de l'assurée était théoriquement nulle, en raison des efforts physiques, des horaires tardifs et du stress professionnel. En revanche, en tant que vendeuse dans un environnement sans stress et sans exposition à des irritants respiratoires, la capacité de travail était estimée à 50 %. Dès lors, les experts ont estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, ceci depuis le mois de juin 2015, si certaines limitations fonctionnelles étaient respectées, à savoir « pas d'effort physique, pas d'exposition à des irritants respiratoires, horaires de travail réguliers ». Sur le plan rhumatologique, compte tenu d'une certaine fragilité lombaire, il était également nécessaire d'éviter le port de charges lourdes. A cet égard, les spécialistes ont précisé que l'incapacité de travail reposait entièrement sur l'atteinte respiratoire et que l'affection rhumatismale n'avait que l'impact mineur susmentionné sur la capacité de travail. Finalement, les experts ont souligné que la situation actuelle était instable et qu'il fallait s'attendre à des interruptions de travail en cas d'exacerbation de la BPCO, à une dégradation progressive de la fonction ventilatoire et à une mise sous oxygène dans un avenir proche, l'évolution de la BPCO étant progressive

malgré l'arrêt du tabagisme, ce qui signifierait un passage à l'incapacité totale de travail.

Dans un rapport SMR du 2 mai 2019, la Dre R.\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport d'expertise du 12 février 2019 du H.\_\_\_\_\_ était concluant, de sorte que l'avis des experts, selon lequel la capacité de travail était de 50 % dans l'activité de vendeuse dans un environnement non stressant et sans exposition à des irritations respiratoires devait être suivi.

Par projet de décision du 21 juin 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée entendre lui accorder un quart de rente invalidité, dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, compte tenu d'un taux d'invalidité de 49 %.

Par acte du 9 juillet 2019, l'assurée a contesté ce projet de décision, se prévalant d'une dégradation actuelle de son état de santé, survenue quelques semaines auparavant, et du fait que des examens complémentaires par la Dre M.\_\_\_\_\_ étaient en cours.

A teneur d'un rapport du 13 août 2019, la Dre M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics récents d'exacerbation respiratoire sévère avec bronchopneumonie paracardiaque droite radiologique et culture positive pour *Pseudomonas aeruginosa* en date du 10 juillet 2019 (traitée par colistin-ciproxine), d'aggravation des bronchiectasies, de pneumonie inférieure droite en date du 16 mai 2019 (traitée ambulatoirement), d'une exacerbation sévère de la BPCO avec une insuffisance respiratoire hypoxémique (ayant nécessité une hospitalisation auprès du Groupement hospitalier Q.\_\_\_\_\_ du 14 au 20 novembre 2018) et d'impactions mucoïdes (répondant au mucoclear). Cette médecin arrivait à la conclusion que cette situation irréversible se dirigeait vers une lente péjoration, laquelle était classique par rapport à l'évolution physiologique pulmonaire, nonobstant l'agressivité de la prise en charge au long cours.

Par avis du 23 janvier 2020, les Dres E.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, ont considéré que des exacerbations

occasionnelles étaient attendues au vu du stade avancé de la BPCO de l'assurée, que le rapport du 14 août 2019 de la Dre M.\_\_\_\_\_ décrivait d'ailleurs une nouvelle exacerbation d'évolution favorable après traitement et que l'état de santé de l'assurée n'avait pas nécessité de modification du traitement de fond ni la mise en place d'oxygène au long cours. Il n'y avait dès lors pas d'élément pour s'écarter des précédentes conclusions du SMR.

Par décisions des 7 février et 3 avril 2020, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité à l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016.

**B. a)** Par acte du 9 mars 2020, Z.\_\_\_\_\_, désormais sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 7 février 2020, concluant, principalement, à sa réforme en ce sens que l'OAI soit condamné à lui verser une demi-rente d'invalidité à tout le moins, et, subsidiairement, à son annulation avec renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle contestait l'instruction médicale, faisant valoir une aggravation de son état de santé postérieure à l'expertise réalisée le 12 février 2019 par le H.\_\_\_\_\_, ainsi que l'abattement de 10 % retenu sur le revenu statistique avec invalidité, faisant valoir qu'un abattement supplémentaire de 5 % se justifiait au vu des circonstances.

**b)** Dans sa réponse du 29 mai 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de ses décisions des 7 février et 3 avril 2020. Il a en particulier renvoyé à l'avis SMR du 23 janvier 2020 et confirmé le taux d'abattement retenu.

**c)** A teneur de sa réplique du 26 octobre 2020, Z.\_\_\_\_\_ a intégralement confirmé ses conclusions du 9 mars 2020, tout en produisant les pièces suivantes :

- Un rapport du 3 novembre 2019 des Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne

générale, et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, tous médecins auprès du Groupement hospitalier Q.\_\_\_\_\_, lesquels indiquaient ce qui suit (sic) :

Votre patiente, Madame Z.\_\_\_\_\_ née le [...], a séjourné dans notre service de pneumologie du 21.08 au 10.09.2019, date de son retour à domicile.

#### Diagnostic(s)

##### Diagnostics actifs :

- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade 3D selon GOLD 2019 (volume expiré maximal la première seconde (VEMS) à 40 % du prédit post bronchodilatateur en septembre 2019 ; dyspnée mMRC 3 ; profil exacerbateur) :
  - composante asthmatique
  - tabagisme ancien à 47 UPA, sevré en 2017
  - absence de déficit alpha-1-antitrypsine (dépistage 2017)
  - score BODE 4 points.
- Bronchectasies prédominant aux lobes supérieurs au HRCT 2015, en aggravation lors de septembre 2019 :
  - porteuse de la mutation F508del du gène CFTR à l'état hétérozygote.
- Surinfection bronchique à *Pseudomonas aeruginosa* le 23.08.19 traitée par Céfepime 14 jours et Colistin inhalée pour une période de 3 mois.
- Infections respiratoires à répétition :
  - pneumonie para-cardiaque droite radiologique et culture positive pour *Pseudomonas aeruginosa* le 10.07.19, traitée par Colistine inhalée et Ciprofloxacine pour une période de 21 jours
  - pneumonie lobaire inférieure droite à germe indéterminé le 16.05.19
  - hospitalisation pour exacerbation infectieuse à germe non identifié le 14.11.18 et en juillet 2018
  - 3 épisodes d'exacerbation en 2017 et pneumonie à *H Influenza* le 25.09.17
  - hospitalisation pour exacerbation d'allure infectieuse avec insuffisance respiratoire hypoxémique le 21.06.15
  - immunomodulation par Azithromycine.
- Insuffisance respiratoire hypoxémique dans le contexte de la BPCO, aggravée par les multiples exacerbations récentes.
- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré léger avec index d'apnées / hypopnées (IAH) de 7/h appareillé depuis octobre 2016.
- Malnutrition protéino-énergétique légère (BMI 23.7 kg/m<sup>2</sup>).
- Reflux gastro-œsophagien intermittent sous traitement d'IPP à la demande avec endoscopie non-datée sans particularité.
- Etat anxieux. [...]

#### Evolution et discussion

Cette patiente de 52 ans, connue pour une BPCO, ayant consolidé un sevrage tabagique depuis 2017, continue de présenter des infections respiratoires à répétition avec un déclin fonctionnel et une insuffisance respiratoire hypoxémique, malgré un programme de

physiothérapie respiratoire et des drainages bronchiques quotidiens. Elle nous est adressée pour une prise en charge pneumologique et une réhabilitation respiratoire.[...]

Les fonctions pulmonaires à l'entrée durant la période aiguë mettent en évidence un syndrome obstructif de degré très sévère avec un VEMS à 25 % du prédit non réversible après Salbutamol, un piégeage gazeux (volume résiduel (VR) / capacité pulmonaire totale (CPT) à 191 % du prédit), une distension (183 % du prédit) et une capacité de diffusion diminuée de degré sévère (DLCO à 29 % du prédit). Le NO exhalé est normal à 14 ppb, ne suggérant pas de composante inflammatoire éosinophilique. Les fonctions pulmonaires de sortie montrent une nette amélioration du VEMS (1.16 L, 40 % du prédit, gain de 430 ml par rapport à l'admission). [...]

En cas de déclin fonctionnel supplémentaire chez cette patiente avec déjà un score de BODE de 4 (index for COPD survival), nous vous laissons le soin d'aborder un projet de transplantation et de référer la patiente au centre de transplantation pour un bilan initial. Cette stratégie a été discutée avec elle et elle semble consciente de la progression de sa maladie malgré une prise correcte du traitement, une consolidation du sevrage tabagique et la poursuite régulière d'un programme de réhabilitation respiratoire.

- Un rapport du 19 octobre 2020 de la Dre M.\_\_\_\_\_, selon lequel sa patiente était au bénéfice d'une oxygénothérapie depuis 2019 et qu'elle utilisait de l'oxygène au repos à la dose de 1 l/min et à l'effort de 3 à 4 l/min. Cette médecin considérait qu'« il était évident que la situation respiratoire était invalidante, ceci progressivement avec des hospitalisations de plus en plus rapprochées », et que, dans ces conditions, sa patiente n'était plus apte au travail.

**d)** Dans sa duplique du 13 novembre 2020, l'OAI a transmis un avis du 5 novembre 2020 de la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, laquelle concluait à la présence de signes objectifs d'aggravation de l'état de santé à compter du mois de septembre 2019, à savoir une perte de poids progressive, une dégradation progressive du VEMS (lequel était à 59 % au mois de juillet 2015, à 50 % au mois de juillet 2018 et à 40 % le 3 novembre 2019), des hospitalisations de plus en plus fréquentes avec des infections à des germes de plus en plus virulents (notamment une infection à *Pseudomonas aeruginosa* ayant justifié une hospitalisation au mois d'août 2019), une dégradation progressive de la saturation en oxygène (laquelle était à 91 % au mois de juillet 2018 et à 86 % au mois

de juillet 2019) et une oxygénodépendance depuis le mois de septembre 2019. Afin de compléter les éléments objectifs au dossier, il était nécessaire de demander l'annexe relative aux hospitalisations de l'année 2019, ainsi que les résultats de la dernière épreuve fonctionnelle respiratoire. Sur cette base, l'OAI a proposé au juge instructeur de procéder au complément d'instruction précitée.

**e)** Aux termes d'une ordonnance du 20 novembre 2020, le juge instructeur a requis d'Z.\_\_\_\_\_ qu'elle produise tous les résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires réalisées depuis le mois de septembre 2019.

**f)** A l'appui de ses déterminations du 17 décembre 2020, l'intéressée a transmis au juge instructeur les « Pulmonary Function Analysis » réalisées par la Dre M.\_\_\_\_\_ les 13 août 2019 (VEMS à 34 % du prédit), 21 octobre 2019 (VEMS à 28 % du prédit), 5 novembre 2019 (VEMS à 39 % du prédit), 19 décembre 2019 (VEMS à 39 % du prédit) et 9 novembre 2020 (VEMS à 41 % du prédit).

**g)** Dans ses déterminations du 18 janvier 2021, l'OAI a produit un avis SMR du 6 janvier 2021 de la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle concluait que les derniers éléments médicaux confirmaient une aggravation de l'état de santé d'Z.\_\_\_\_\_ depuis le mois de septembre 2019. En effet, à compter de cette date et ensuite de l'évolution défavorable de la pathologie respiratoire, l'insuffisance respiratoire était hypoxémiante et l'intéressée était sous oxygène (concentrateur portable). Se référant aux derniers rapports à sa disposition, cette médecin considérait que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le mois de septembre 2019. Compte tenu de ces indications, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu d'admettre la nouvelle incapacité de travail totale survenue à partir du mois de septembre 2019, de sorte que le taux d'invalidité était de 100 % dès ce moment. Il a proposé de réformer la décision litigieuse en ce sens que le droit au quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2016 soit suivi par le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019, soit trois mois après l'aggravation susdite.

**h)** Le 12 février 2021, Z. \_\_\_\_\_ s'est déterminée, indiquant rejoindre l'appréciation de l'OAI quant à son incapacité de travail totale dès le mois de septembre 2019. Pour la période antérieure, elle persistait néanmoins à considérer qu'un abattement de 15 % devait être appliqué.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En l'occurrence, le recours a été exclusivement interjeté contre la décision rendue le 7 février 2020 par l'intimé, par laquelle il a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2020. La motivation accompagnant ce prononcé précisait toutefois expressément que ce droit à un quart de rente était reconnu à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016. De surcroît, la décision du 7 février 2020 prévoyait qu'une décision avec effet rétroactif serait rendue ultérieurement pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2016 au 29 février 2020, ce qui a été fait en date du 3 avril 2020.

**b)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des

décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si un recours n'est déposé que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

**c)** Par conséquent, il y a lieu de considérer que le recours déposé le 9 mars 2020 porte à la fois sur la décision du 7 février 2020 et sur celle du 3 avril 2020 de l'intimé.

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3).

**d)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**6. a)** A titre liminaire, on relèvera que le rapport d'expertise du 12 février 2019 du H.\_\_\_\_\_ est probant. En effet, les conclusions de ce rapport d'expertise, particulièrement celles relatives aux diagnostics, à la

capacité de travail et aux limitations fonctionnelles, sont basées sur une étude circonstanciée du dossier et le résultat d'examens objectifs. Elles sont également claires, motivées et convaincantes.

Singulièrement, les experts ont relevé que les bilans fonctionnels ventilatoires confirmaient la présence d'une atteinte obstructive sévère, le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) étant inférieur à 50 % des valeurs de prédiction. Cette constatation est également attestée par les autres médecins au dossier, lesquels faisaient état de valeurs similaires au cours des années ayant précédé l'expertise du 12 février 2019. En effet, dans leur rapport du 29 septembre 2017, les Dres B. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ indiquaient qu'au 4 avril 2017, le VEMS était de 65 %. Dans son rapport du 23 juin 2017, la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie auprès du Centre C. \_\_\_\_\_, retenait un VEMS de 44 % au 11 octobre 2016, de 49 % au 28 octobre 2016, de 47 % au 14 mars 2017, de 49 % au 13 avril 2017 et de 65 % au 14 avril 2017. Dans son rapport du 28 juillet 2018, la Dre M. \_\_\_\_\_, pour sa part, indiquait un VEMS de 50 % au 28 mai 2018 et de 65 % au mois de juillet 2018.

**b)** Compte tenu de la valeur probante du rapport d'expertise du 12 février 2019, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts du H. \_\_\_\_\_, d'après lesquelles la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas d'effort physique, pas d'exposition à des irritants respiratoires, pas de port de charges et pouvoir bénéficier d'horaires de travail réguliers. A cet égard, les experts ont néanmoins expressément souligné qu'au vu de la nature progressive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la situation actuelle était instable et qu'il fallait s'attendre à une dégradation progressive de la fonction ventilatoire et à une mise sous oxygène dans un avenir proche, ce qui signifierait alors un passage à une incapacité totale de travail.

Ces conclusions concordent au demeurant avec celles du rapport du 28 juillet 2018 de la Dre M. \_\_\_\_\_, laquelle retenait, elle-aussi, une capacité de travail partielle dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles, sous la forme d'un travail de bureau à un taux d'activité maximal de 30 %, hors de toute exposition à un agent irritant ou toxique respiratoire. Plus important, elle prévoyait également que le pronostic se dirigeait vers une insuffisance respiratoire chronique sévère, à haut risque d'une oxygénodépendance, et que l'aptitude au travail partielle diminuerait sur le long terme en raison de l'évolution spontanée de la maladie.

**c)** En l'occurrence, on ne peut que constater qu'ensuite du rapport d'expertise du 12 février 2019, la situation de santé de la recourante s'est en effet aggravée, ce qui est confirmé par les différents rapports médicaux au dossier.

Déjà dans son rapport du 13 août 2019, la Dre M. \_\_\_\_\_ signalait une exacerbation sévère des différentes atteintes respiratoires et plusieurs épisodes infectieux. De même, elle observait qu'au 9 juillet 2019, le VEMS se situait à 34 % de la valeur prédite, malgré le traitement intensif entrepris. S'agissant des Drs V. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, ils soulignaient dans leur rapport du 3 novembre 2019 les infections respiratoires à répétition - dont notamment une surinfection bronchique à *Pseudomonas aeruginosa* le 23 août 2019 - accompagnées du déclin fonctionnel et de l'insuffisance respiratoire hypoxémique, ainsi que les différentes hospitalisations survenues au cours des mois précédents (notamment du 14 au 20 novembre 2018, durant le mois de juillet 2018 et du 21 août au 10 septembre 2019). En particulier, ils indiquaient qu'en date du 21 août 2019 - soit à l'entrée de la recourante dans le service de pneumologie du Groupement hospitalier Q. \_\_\_\_\_ et lorsque l'exacerbation était la plus aigüe -, le VEMS était à 25 % du prédit ; en revanche, au mois de septembre 2019, il se situait à 40 % du prédit. De surcroît, ces médecins mentionnaient encore la possibilité d'une transplantation en cas de déclin fonctionnel supplémentaire, cette stratégie ayant été discutée avec la recourante. Quant à la Dre M. \_\_\_\_\_, elle mentionnait dans son rapport du 19 octobre 2020 que la recourante bénéficiait d'une oxygénothérapie depuis 2019, élément qui, combiné aux hospitalisations de plus en plus rapprochées, lui permettait

de retenir que l'inaptitude au travail était complète. Sur la base de ses différents « Pulmonary Function Analysis », cette médecin a également constaté que le VEMS se situait à 34 % du prédit le 13 août 2019, à 28 % du prédit le 21 octobre 2019, à 39 % du prédit le 5 novembre 2019, à 39 % du prédit le 19 décembre 2019 et à 41 % du prédit le 9 novembre 2020. Il découle de ces constatations que les fonctions pulmonaires de la recourante se sont en effet péjorées, le VEMS se situant à 50 % du prédit au moment de l'expertise du 12 février 2019, à 34 % de la valeur prédite au 9 juillet 2019 et à 41 % du prédit le 9 novembre 2020 - le VEMS étant resté relativement stable entre ses deux dernières dates, oscillant autour des 40 %.

De même, les experts du H.\_\_\_\_\_ affirmaient dans leur rapport d'expertise du 12 février 2019 qu'en ce qui concernait les mesures thérapeutiques susceptibles de ralentir l'évolution de la BPCO, la chirurgie de réduction des volumes pulmonaires, l'administration d'oxygène (considérée au moment de l'expertise comme non indiquée, la recourante souffrant d'une forme de BPCO à prédominance emphysémateuse) et la transplantation pulmonaire seraient envisagés à un stade ultime de la maladie. Or il apparaît que depuis l'expertise du 12 février 2019, d'une part, la recourante a été mise sous oxygène - ce qui, comme susmentionné, doit entraîner le passage à une complète incapacité de travail, selon l'avis des experts - et, d'autre part, la possibilité d'une transplantation pulmonaire est sérieusement discutée par les médecins et la recourante. Ces éléments attestent de la péjoration de l'état de santé de la recourante.

Cette aggravation est également reconnue par la Dre D.\_\_\_\_\_ dans ses avis SMR des 5 novembre 2020 et 6 janvier 2021. En particulier, elle conclut dans ce dernier avis que la capacité de travail est désormais nulle dans toutes activités depuis le mois de septembre 2019, du fait d'une hypoxémie aggravée au moindre effort et de la nécessité d'une oxygénothérapie au long cours.

**d)** Au vu des éléments qui précèdent, il n'est pas contesté – ni contestable – que la capacité de travail de la recourante est désormais nulle dans toute activité à compter du mois de septembre 2019. Par conséquent, elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019 (art. 88a al. 2 RAI).

**7. a)** Il reste à examiner le taux d'invalidité fixé par l'intimé pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2019, la recourante faisant valoir que le taux d'abattement de 10 % appliqué sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé doit être porté à 15 %. On indiquera au préalable que dans la mesure où celle-ci ne remet pas en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**b)** En l'occurrence, le taux d'abattement de 10 % retenu afin de prendre en compte des limitations fonctionnelles de la recourante tient suffisamment compte des circonstances du cas particulier.

S'agissant en premier lieu des facteurs de l'âge (54 ans au moment du prononcé de la décision litigieuse) et du taux d'occupation partiel, ceux-ci ne sont pas susceptibles d'influencer les perspectives salariales de la recourante, eu égard aux activités qui étaient encore exigibles de sa part jusqu'au mois de septembre 2019, à savoir un travail en tant que vendeuse à temps partiel dans un environnement non stressant. En particulier et selon la jurisprudence, le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalidé lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. Toutefois, le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. En particulier, selon les statistiques de l'Enquête suisse sur les salaires, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas

un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (TF 9C\_373/2019 du 18 juillet 2019 consid. 4.2 et les références citées ; voir également ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). Or, en l'occurrence, la recourante ne fait pas valoir qu'il en irait différemment dans le cas d'espèce et ne met pas en évidence un élément qui justifierait de s'écarter de cette jurisprudence. Au demeurant, elle ne prétend pas que ce facteur induirait un désavantage salarial puisqu'elle indique simplement qu'« elle devra se contenter d'une activité à un taux de 50 % » (cf. acte de recours du 9 mars 2020).

En ce qui concerne en second lieu le probable absentéisme professionnel fréquent de la recourante, le Tribunal fédéral a considéré à diverses reprises que le risque d'absences pour cause de maladie supérieures à la moyenne n'était pas une circonstance pertinente pour l'abattement (TF 8C\_450/2016 du 6 octobre 2016 consid. 5.3.3 ; TF 9C\_380/2015 du 17 novembre 2015 consid. 3.2.1 et les références citées).

**c)** Eu égard à ce qui précède, il convient de confirmer la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé et le taux d'invalidité de 49 % auquel il est parvenu. La recourante a ainsi droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2019.

**8.** **a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et les décisions rendues les 7 février 2020 et 3 avril 2020 par l'intimé doivent être réformées, en ce sens qu'Z.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2019 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat du service juridique d'un organisme d'utilité publique, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à 1'500 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** Les décisions rendues les 7 février 2020 et 3 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens qu'Z.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2019 et à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- PROCAP Suisse (pour Z. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :