

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 juin 2013

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Pasche et M. Piguet, juge suppléant  
Greffière     :       Mme    Mestre Carvalho

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christine Raptis, avocate à Morges,

et

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

---

**Art. 7, 8, 17 et 43 LPGA; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1961, médecin psychiatre de profession, travaillant depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1997 en tant que chef de clinique adjoint pour le compte des Hospices cantonaux vaudois, a déposé le 26 janvier 2001 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'un moyen auxiliaire sous la forme d'un corset baleiné, en raison d'un spondylolisthésis L5-S1, d'une hernie L5-S1 foraminale, et d'une spondylolyse L5.

Dans un rapport du 9 février 2001 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Prof. S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a expliqué que le corset requis serait porté moins d'une année, voire 3 mois en cas d'opération, étant précisé que celle-ci n'était pas encore décidée. Il a par ailleurs fait état d'une incapacité de travail de 50% du 11 décembre 2000 au 4 février 2001.

A ce rapport était annexé, d'une part, un compte-rendu établi par le Prof. S.\_\_\_\_\_ en date du 18 décembre 2000 à l'attention du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Il en ressortait en particulier que l'assuré - lequel n'avait jamais arrêté de faire beaucoup de sport (notamment du vélo, du fitness et de la plongée) - souffrait de douleurs lombaires intermittentes depuis longtemps, que des radiographies lombaires effectuées en 1998 avaient permis de diagnostiquer un spondylolisthésis L5-S1 de premier degré, et qu'à la fin septembre 2000, les douleurs avaient augmenté et irradié dans la fesse et le membre inférieur droit, selon un trajet L5. L'anamnèse mettait en évidence des douleurs lombaires croissantes s'associant à une dégénérescence discale L5-S1 rapidement progressive sur seulement 14 mois, avec de surcroît un obstacle dans le canal de conjugaison L5-S1 droit, qui devait être responsable de la symptomatologie L5 droite, ainsi qu'une légère faiblesse du myotome L5 à droite. Il était précisé qu'à ce stade il n'y avait pas d'indication opératoire impérative, ni urgente; s'agissant toutefois des

préparatifs nécessaires avant une éventuelle opération, ceux-ci comprenaient notamment la confection d'un corset baleiné que l'on pouvait aussi essayer à titre de traitement conservateur. Le Prof. S.\_\_\_\_\_ a produit, d'autre part, un compte-rendu de consultation ambulatoire du 9 février 2001, dont il résultait que l'assuré avait ces derniers temps eu extrêmement mal chaque matin avec une amélioration dans le courant de la journée, qu'il se souvenait avoir souffert d'une sciatique gauche 2 ou 3 ans auparavant, et qu'actuellement il signalait la réapparition de quelques douleurs externes de la fesse et de la cuisse du côté gauche sous forme de brûlures; il était relevé que l'assuré parvenait à travailler à 100% depuis le 5 février 2001 au moyen d'une lourde médication.

Par décision du 23 juillet 2001, l'OAI a rejeté la demande de moyen auxiliaire au motif que le corset requis serait vraisemblablement porté moins d'une année.

**B.** Invoquant ses problèmes lombaires, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 9 juillet 2001, tendant à l'octroi d'une rééducation dans la même profession, respectivement d'une rente.

Dans ce contexte, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 27 juillet 2001, qu'il n'avait plus revu l'intéressé depuis son précédent rapport du 9 février 2001.

Aux termes d'un rapport du 7 août 2001, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatique droite L5 depuis l'automne 2000, de spondylolisthésis L5-S1 de grade II sur spondylolyse L5 bilatérale depuis l'automne 2000, et de probable état dépressif depuis juin 2001. Il a fait état d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité de médecin psychiatre pour la période du 21 mai au 10 juin 2001, puis de 100% depuis le 11 juin 2001 et ce pour une durée indéterminée. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, et que ce dernier avait besoin d'un corset baleiné qu'il portait par intermittence. Il a ajouté

que, ne voulant pas entendre parler d'une intervention chirurgicale dans l'immédiat, l'assuré l'avait consulté la première fois le 6 avril 2001 pour discuter d'une maximalisation du traitement conservateur, mais que l'évolution avait jusqu'alors été défavorable avec persistance de douleurs lombaires invalidantes et d'un tableau irritatif et déficitaire L5 droit. Ce médecin a précisé que compte tenu d'une évolution stationnaire depuis l'automne 2000, le pronostic était a priori défavorable en cas de poursuite du traitement conservateur. Il a en outre produit divers documents médicaux, dont un rapport établi le 31 juillet 2001 par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du Département de chirurgie des Hôpitaux Z.\_\_\_\_\_, lequel exposait que l'assuré avait été hospitalisé le même jour pour une prise en charge de sa lombo-sciatique L5 droite hyperalgique, qu'un bilan d'imagerie par résonance magnétique (IRM) avait montré une discopathie importante en L5-S1 avec destruction complète du disque et un listhesis d'environ 15%, et que, l'assuré ayant appris que son contrat de travail ne serait pas reconduit, la consultation s'était déroulée dans une ambiance relativement dramatique.

Dans un rapport du 3 septembre 2001, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies L5 droites depuis l'été 2000, de spondylolisthésis L5-S1 de degré I-II sur ancienne spondylolyse bilatérale, et d'état dépressif réactionnel depuis l'été 2001. Il a indiqué que dans l'activité de médecin psychiatre, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 50% du 11 au 31 décembre 2000, de 100% du 22 janvier au 4 février 2001, de 50% du 15 mai au 10 juin 2001, puis de 100% depuis le 11 juin 2001. Il a précisé que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire. Concernant le pronostic, il a souligné que l'on se trouvait à près d'une année d'évolution sous traitement conservateur sans amélioration, voire même avec une aggravation dans la mesure où l'assuré se trouvait en incapacité complète de travail, qu'il n'y avait pas eu de modification sensible du status clinique objectif, mais que par contre, du point de vue psychologique, la situation s'était dégradée même si la situation professionnelle semblait pour l'instant rétablie. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a observé que l'assuré s'opposait à une approche chirurgicale - dont les chances d'amélioration n'excédaient pas 50% - et espérait une

stabilisation naturelle du spondylolsthésis. Dans ces conditions, le maintien d'une attitude conservatrice était pour l'heure la seule voie raisonnable, attitude qui pourrait être modifiée en cas d'apparition d'un déficit clinique plus important ou d'une symptomatologie hyperalgique et résistante à tout traitement médicamenteux.

Par compte-rendu du 10 septembre 2001, le Dr BB.\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu en substance que l'assuré souffrait depuis le printemps 2001 de troubles anxio-dépressifs réactionnels à la souffrance rachidienne, ces troubles n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail. Il a précisé que l'intéressé l'avait consulté après avoir vu sa détresse psychique (anxio-dépressive) s'aggraver notablement à la fin du précédent mois de juin, lorsque son employeur lui avait adressé une lettre de non-reconduction de son contrat de travail assortie d'une rétrogradation potentielle; dans ce contexte, l'intéressé avait dû recourir aux services d'un avocat pour faire respecter ses droits. Ce médecin a ajouté que le pronostic des troubles psychiques était subordonné à celui de l'affection rachidienne dont l'évolution était tributaire de l'option thérapeutique - conservatrice ou chirurgicale - pouvant s'avérer la plus pertinente dans le cas de l'assuré.

Dans un rapport du 26 avril 2002, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis son constat du 3 septembre 2001, l'évolution du point de vue algique avait été lentement favorable avec une réduction des médicaments antalgiques. L'intéressé avait progressivement récupéré un sommeil de meilleure qualité et pouvait marcher environ une heure d'affilée à plat. Du point de vue clinique, il persistait un syndrome lombovertébral relativement marqué, ainsi qu'un syndrome radiculaire irritatif et discrètement déficitaire selon L5 à droite, notamment du point de vue moteur. Sur le plan professionnel, le Dr T.\_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré avait repris une activité à un taux de 10 à 20% depuis le début du mois d'avril 2002.

En date du 3 mai 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré n'était plus suivi à sa consultation depuis le 28 novembre 2001.

Le 6 mai 2002, le Dr BB.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport du 5 juillet 2002, le Dr G.\_\_\_\_\_, nouveau rhumatologue traitant, a posé les diagnostics incapacitants de spondylodiscite aseptique et de listhésis L5-S1 sur lyse isthmique vertébral lombaire hyperalgique, depuis juin 2000. Il a expliqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que ce dernier présentait une incapacité de travail de 90% comme médecin depuis le 19 mars 2002, et qu'une rente temporaire lui permettrait de reprendre progressivement une activité professionnelle.

L'intéressé a vu son contrat de travail avec les Hospices cantonaux vaudois prendre fin au 30 septembre 2002.

Par décision du 25 novembre 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2002, sur la base d'un taux d'invalidité de 90%.

**C.** Le 8 janvier 2003, l'assuré a adressé à l'OAI un courrier expliquant qu'il avait repris son activité de psychiatre à raison de quelques heures par mois. Le 17 février 2004, il a informé l'office qu'il travaillait depuis le mois de juillet 2003 à un taux de 50% en qualité de psychiatre indépendant. Dans une lettre du 9 février 2005, il a fait savoir à l'OAI que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, il oeuvrait comme psychiatre indépendant à un taux de 80%. Puis, le 10 février 2005, l'assuré est revenu sur son précédent courrier, indiquant qu'ensuite de complications de son état de santé, il ne pouvait augmenter son taux d'activité au-delà de 50%.

**D.** L'intéressé a été opéré en raison d'une cataracte bilatérale les 10 mars 2005 (œil droit) et 12 mai 2005 (œil gauche). Dans ce contexte, il s'est à nouveau annoncé auprès de l'OAI en date du 13 juin 2005, précisant qu'il travaillait en tant que psychiatre indépendant à un taux de

80%. Par décision du 25 octobre 2005, l'office a accepté de prendre en charge les interventions susdites.

**E.** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente ordonnée d'office par l'OAI, celui-ci a remis le 28 septembre 2005 un questionnaire à l'assuré. Complétant ce formulaire le 8 janvier 2006, l'intéressé a signalé une amélioration de son état de santé depuis début 2005. Il a par ailleurs indiqué qu'il avait progressivement augmenté son taux d'activité depuis le mois de janvier 2003, à savoir : environ 3 à 4 heures d'activité par semaine de janvier 2003 à janvier 2004, environ 20 heures d'activité par semaine (50%) de janvier 2004 à janvier 2005, respectivement environ 35 à 40 heures d'activité par semaine (80%) de janvier 2005 à décembre 2005.

Par rapport du 9 février 2006, le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé que depuis son précédent compte-rendu en 2002, l'évolution clinique avait été lentement favorable, permettant au patient d'augmenter sa capacité de travail à 20% dès le printemps 2002 jusqu'au mois de juin 2003, puis à 50% de juillet 2003 à fin 2004, et enfin à 80% de janvier 2005 à ce jour. Ce médecin a en particulier signalé une diminution des symptômes douloureux et de la médication anti-inflammatoire et antalgique. En outre, l'état dépressif s'était un peu amélioré même si l'intéressé restait relativement fragile surtout en début de journée, raison pour laquelle la médication avait été maintenue sur ce plan. D'un point de vue objectif, il persistait un syndrome lombovertébral modéré ainsi qu'une atteinte radiculaire L5 droite, irritative et discrètement déficitaire du point de vue sensitif et moteur. Quant à l'évolution radiologique, elle ne montrait pas de modifications significatives au cours des 3 dernières années. Cela étant, le pronostic était aussi favorable que possible.

Toujours le 9 février 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ a établi un compte-rendu dont il ressortait que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'incapacité de travail dans la profession habituelle s'élevait à 20%.

Par décision du 1<sup>er</sup> mai 2006, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, au motif que l'incapacité de travail n'était plus que de 20% dans son activité de médecin psychiatre indépendant.

L'assuré n'a pas formé opposition à l'encontre de cette décision.

**F.** En date du 29 août 2007, l'assuré a transmis à l'OAI un questionnaire rempli le 15 août précédent en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations, tendant à l'octroi d'une rente au motif d'une lente aggravation de la situation depuis environ 2 ans.

Dans un rapport du 2 octobre 2007 adressé à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a exposé que la situation médicale de l'intéressé s'était nettement péjorée en cours d'année. Il a précisé que le syndrome douloureux chronique lié à un spondylolisthésis L5-S1 était toujours bien présent et nécessitait une importante médication antalgique, et que diverses complications et comorbidités étaient survenues au cours des derniers mois, à commencer par une insuffisance respiratoire partielle sur possible micro-embolies pulmonaires à répétition ou vasculite pulmonaire, une insuffisance cardiaque sur cardiopathie hypertensive avec fraction d'éjection à 50%, une insuffisance rénale fluctuante et une insuffisance surrénalienne partielle cortico-induite. Relevant que l'assuré ne pouvait plus assumer son travail à plein temps du fait de ses nombreux problèmes de santé, le Dr V.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il lui avait prescrit une incapacité de travail de 100% du 27 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2007, puis de 50% dès le 2 juillet 2007 pour une durée prolongée. En annexe à ce compte-rendu figurait un rapport du 2 juillet 2007 émanant du Prof. X.\_\_\_\_\_ et du Dr CC.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès du Service de médecine intensive adulte du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_). Ces derniers exposaient que l'assuré avait été hospitalisé du 27 au 29 juin 2007 à la suite de l'aggravation brutale d'une dyspnée préexistante. A

titre de diagnostic principal, ils retenaient une insuffisance respiratoire partielle d'origine mixte, tout en posant le diagnostic différentiel entre une surinfection possible sur maladie immunologique systémique type vasculite et une maladie véno-occlusive pulmonaire. Ils signalaient de surcroît le diagnostic secondaire de discrète insuffisance rénale aiguë sur probable insuffisance rénale chronique, et faisaient état d'une complication le 28 juin 2007 sous forme d'insuffisance surrénalienne relative. Ils énonçaient en outre les comorbidités suivantes : spondylolisthésis L5-S1 («*antalgie par Tramal et Prednisone 5 mg/j, médication habituelle*»), cardiopathie hypertensive avec FE 50%, médication habituelle aux benzodiazépines, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ancien tabagisme, obésité, agénésie congénitale d'un rein, status post opération de cataracte bilatérale opérée (cortico-induite), et status post opération d'une bursite du coude gauche.

Le 23 octobre 2007, l'assuré a transmis diverses pièces médicales à l'OAI, dont un rapport établi le 9 juillet 2007 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne. Il ressortait de ce compte-rendu qu'à la suite d'une brève hospitalisation à la Clinique DD.\_\_\_\_\_ pour le traitement d'une surinfection broncho-pulmonaire, l'intéressé avait été examiné le 3 juillet 2007 par la cardiologue susdite, laquelle avait constaté une évolution favorable avec une nette diminution de la dyspnée, de très discrets oedèmes des membres inférieurs prenant le godet au niveau malléolaire, et une tension artérielle normalisée aux environs de 130/80 mmHg. Une échocardiographie avait de surcroît révélé la persistance d'une fonction ventriculaire gauche normalisée. Au vu de cette évolution favorable, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ avait décidé de ne pas compléter le bilan cardiologique pour le moment. Elle estimait par ailleurs que le patient présentait une importante souffrance au quotidien surtout en raison d'un problème polyalgique, et qu'il était indispensable qu'il diminue son activité professionnelle et que sa rente AI soit modifiée en conséquence.

Dans un rapport du 24 octobre 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de

lombosciatalgies L5 droites depuis 1999, de spondylolisthésis L5-S1 de degré I-II sur ancienne spondylolyse bilatérale congénitale, d'état dépressif réactionnel depuis l'été 2001, et d'insuffisance cardiaque sur cardiopathie hypertensive, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire partielle et insuffisance surrénalienne sur prise de cortisone depuis le printemps 2007. Il a exposé que depuis février 2006, la situation était restée stable du point de vue neurologique en relation avec le spondylolisthésis L5-S1 de degré I-II sur spondylolyse bilatérale, avec toutefois une médication antalgique relativement lourde. Il a ajouté que l'assuré se plaignait toujours de lombosciatalgies L5 droites irritatives, algiques, sans déficit radiculaire, et que dans le contexte d'une médication antalgique relativement lourde, ce dernier avait subi une décompensation sur les plans pulmonaire, cardiaque et endocrinien. Compte tenu de la symptomatologie lombosciatalgique et des complications survenues au printemps précédent aux niveaux cardiaque, rénal et surrénalien, le Dr T.\_\_\_\_\_ a conclu qu'il était impératif que l'assuré puisse réduire son activité professionnelle de 50%, mesure qui était effective depuis le 2 juillet 2007, pour une durée indéterminée. Il a de surcroît produit divers documents, dont il résultait notamment que l'assuré avait cessé toute activité sportive entre 2000 et 2004, qu'il avait par la suite repris un peu de vélo, et qu'il effectuait en outre régulièrement de la plongée sous-marine (cf. rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ du 29 avril 2007).

Aux termes d'un rapport du 26 novembre 2007, le Dr V.\_\_\_\_\_ a mentionné les atteintes avec impact sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique des membres inférieurs - spondylolisthésis L5-S1, de dyspnée d'origine peu claire depuis 2006, de status 6 mois après possibles micro-embolies pulmonaires, d'insuffisance rénale chronique d'origine multifactorielle, et de troubles dysthymiques en partie réactionnels à la polymorbidité. Selon les indications de ce médecin, l'incapacité de travail était toujours de 50% depuis le 2 juillet 2007, et l'aggravation de l'état général de l'assuré depuis une année justifiait un horaire de travail allégé. En annexe à son rapport, le Dr V.\_\_\_\_\_ a produit différents documents concernant les suivis médicaux mis en œuvre depuis juillet 2007.

Le 21 décembre 2007, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 22 novembre 2007 par le Prof. R.\_\_\_\_ et le Dr EE.\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin assistant auprès du Service de médecine interne du Centre hospitalier W.\_\_\_\_. Il en ressortait que l'intéressé avait été hospitalisé du 12 au 16 novembre 2007 afin d'investiguer une dyspnée chronique d'origine indéterminée et d'effectuer un bilan somatique. Etait mentionné le diagnostic principal de dyspnée d'origine chronique indéterminée, avec status post dyspnée aiguë en juin 2007, d'origine indéterminée, et maladie thromboembolique possible en avril 2007. S'agissant des diagnostics secondaires et comorbidités, les médecins précités faisaient état d'une insuffisance rénale chronique stade II avec agénésie du rein gauche et status post insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale en juin 2007, de lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1, d'insuffisance cortico-surrénalienne cortico-induite, d'anémie normochrome normocytaire arégénérative à 116 g/l possiblement secondaire à un abus d'inhibiteurs de la pompe à protons, d'un déficit en vitamine B12 et en folates, de stéatose hépatique, de dysphonie d'origine indéterminée, d'un syndrome métabolique (avec un indice de masse corporelle [IMC ou BMI] à 28,6 kg/m<sup>2</sup>, hypertension artérielle traitée et hypercholestérolémie), et d'une cardiopathie hypertensive. Plus particulièrement, la dyspnée persistante à prédominance vespérale était attribuée par le Prof. R.\_\_\_\_ et le Dr EE.\_\_\_\_ à un déconditionnement à l'effort secondaire aux lombosciatalgies chroniques. Ces médecins relevaient en outre que la dysphonie était probablement fonctionnelle, et que l'assuré devrait envisager une activité physique régulière eu égard à son syndrome métabolique. Ils précisaient également que l'intéressé souffrait d'un trouble dysthymique - compensé, selon la consultation intra-hospitalière de psychiatrie - pour lequel il bénéficiait d'un suivi ambulatoire, son psychiatre traitant étant le Dr Y.\_\_\_\_\_.

Par avis du 30 janvier 2008, le Dr M.\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé dès le 27 juin 2007, les diagnostics actuels étant



RI brut : Sfr. 98'236.-

Préjudice économique : Sfr. 99'959.- (= 50.43%)

**Nous proposons de retenir le taux de 50.43% ainsi déterminé**

La mise sur pied de mesures de reclassement ne devrait pas permettre de diminuer le préjudice économique car le RI reste important pour une capacité de travail de 50%."

En date du 19 mars 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Dans sa motivation, l'office s'est référé à l'appréciation du SMR retenant une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité depuis le 27 juin 2007, et s'est fondé sur les revenus sans et avec invalidité découlant du rapport d'enquête économique pour les indépendants. Il en a déduit que le degré d'invalidité était de 50% et que le droit à une demi-rente était par conséquent ouvert.

Par acte du 22 avril 2008 rédigé par son conseil, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. En substance, il a sollicité la réévaluation de son dossier sur la base d'une capacité exigible de travail réelle de 30% et d'un revenu annuel professionnel correspondant à ce 30%, faisant valoir que le taux de travail exigible de 50% retenu par l'OAI constituait le maximum qu'il pouvait atteindre à l'heure actuelle et ce au préjudice de sa santé.

Il ressort d'une note de l'OAI du 30 avril 2008 établie suite à un entretien téléphonique avec l'assuré, que ce dernier avait déclaré ne pas vouloir s'opposer au projet de décision du 19 mars 2008 dans la mesure où il avait besoin d'argent rapidement, et qu'il avait en outre indiqué qu'il pouvait *«tenir le coup comme [ç]a durant 1-2 ans mais que son état de santé s'aggrav[ait] de jour en jour»*.

Le 16 mai 2008, l'assuré a produit un rapport du 17 avril précédent établi par le Prof. D. \_\_\_\_\_ et le Dr FF. \_\_\_\_\_, respectivement responsable de l'unité nerf-muscle et médecin assistant auprès du Service

de neurologie du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de radiculopathie bilatérale chronique sur spondylolisthésis L5-S1. Ces médecins précisait qu'à la suite d'une consultation spécialisée le 11 avril 2008, ils avaient retrouvé chez l'assuré une parésie discrète de la dorsiflexion du pied et des orteils à droite ainsi que des troubles sensitifs L5 bilatéraux, et que les résultats de l'électroneurographie indiquaient une radiculopathie L5-S1 bilatérale prédominant nettement dans le territoire L5. Ils observaient que la quasi absence d'anomalie de repos témoignait d'un processus chronique, et préconisaient la reprise d'une activité physique régulière adaptée aux troubles de l'assuré.

Aux termes d'un courrier du 20 juin 2008, l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité et a produit un rapport du 13 mai 2008 des Drs O.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et J.J.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint, cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au Service de médecine intensive pour adulte du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_. Il ressortait de ce rapport que l'intéressé avait été hospitalisé du 9 au 11 mai 2008, que le diagnostic principal d'insuffisance respiratoire aiguë avait été posé (avec un diagnostic différentiel entre un infiltrat pneumonique et une pneumopathie toxique), que le diagnostic secondaire d'hyperkaliémie chronique sur d'Aldactone et inhibiteur de l'enzyme de conversion sans modification ECG avait été retenu, et que le traitement médicamenteux mis en œuvre avait permis une évolution rapidement favorable, l'antibiothérapie devant encore être poursuivie pour une durée de 10 jours au total.

Par avis médical SMR du 18 juillet 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a considéré que les rapports médicaux des 17 avril et 13 mai 2008 n'apportaient aucun argument médical permettant de défendre une incapacité de travail supérieure à 50% dans l'activité habituelle de l'assuré, qui était adaptée.

Aux termes d'une correspondance du 23 juillet 2008 adressée à l'assuré, l'OAI a repris les conclusions de l'avis SMR précité et a considéré comme justifié son projet de décision du 19 mars 2008

reconnaissant le droit à une demi-rente AI à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007 sur la base d'un taux d'invalidité de 50%. Dans un écrit du 31 juillet 2008 rédigé par son conseil, l'intéressé s'est rallié à cette appréciation.

Par décision du 11 août 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 mars 2008 et alloué ainsi une demi-rente à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007.

**G.** Entre-temps, après avoir mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle dès le 1<sup>er</sup> août 2002, la Fondation de prévoyance [...] (ci-après : la Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_) a ultérieurement supprimé cette prestation avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2006, avant de déposer le 4 décembre 2007 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud une demande concluant à la restitution des prestations indûment perçues par l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 avril 2006. La Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_ ayant par ailleurs refusé d'accorder une rente d'invalidité partielle à partir du 1<sup>er</sup> juin 2007, l'assuré a déposé le 8 mai 2009 auprès de la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif du canton de Berne une requête tendant au versement par cette fondation d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2008.

Les pièces du dossier de la Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_ ont été transmises à l'OAI.

**H.** Dans un rapport du 5 novembre 2008 (rédigé en allemand et traduit en français), le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la fondation susdite, a retenu - après analyse des rapports médicaux figurant au dossier de l'OAI - que les divers troubles de l'assuré étaient dépourvus de base objective, que cela expliquait que l'intéressé ait pu exercer en 2007 un pensum de travail à plein temps et ait été capable de pratiquer un sport exigeant pendant son temps libre, que les raisons pour lesquelles le Dr M.\_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité de travail de 50% n'étaient pas vérifiables, et qu'en définitive, il n'y avait aucune raison médicale significative justifiant la réduction de l'activité de psychiatre de l'assuré,

cette activité restant dans le domaine du possible et n'étant pas susceptible de porter atteinte à son état de santé; bien plus, pour *«quelqu'un qui souffr[ait] de douleurs de dos légères, cette activité [était] presque idéale»*.

Aux termes d'un rapport du 27 novembre 2008, les Drs L.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_, ont exposé que l'assuré avait été hospitalisé du 7 au 14 novembre 2008 en raison d'une situation d'épuisement et d'effondrement dans le contexte de pseudo-sciatalgies chroniques. Ils ont retenu, à titre de diagnostic principal, un épuisement avec intolérance douloureuse sur pseudo-sciatalgies chroniques et spondylolisthésis L5-S1 accompagnées par une radiculopathie bilatérale L5 principalement. Ils ont mentionné, en guise de diagnostics secondaires et comorbidités, une insuffisance respiratoire aiguë en mai 2008 sur probable infiltrat pneumonique versus pneumopathie toxique, une dyspnée chronique sur pneumopathie interstitielle d'origine indéterminée datant de 2007, une cardiopathie hypertensive, une insuffisance rénale chronique de stade II (avec agénésie du rein gauche et un status post-insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale en juin 2007), des lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1, une radiculopathie bilatérale chronique accompagnante, un status après suspicion d'embolie pulmonaire en 2007, une insuffisance cortico-surrénalienne et cortico-induite en 2007, une stéatose hépatique en 2007, et un syndrome métabolique avec BMI à environ 28 kg/m<sup>2</sup>, une hypertension artérielle traitée et une hypercholestérolémie. Ils ont par ailleurs relevé ce qui suit :

#### **"DISCUSSION ET EVOLUTION :**

Monsieur E.\_\_\_\_\_ est hospitalisé dans le contexte d'un épuisement complet devant une intolérance douloureuse sur pseudo-sciatalgies chroniques avec un spondylolisthésis L5-S1 et des radiculopathies bilatérales L5 connues. Le but de l'hospitalisation est de pouvoir faire un bilan global des douleurs et de la situation socioprofessionnelle de ce patient, psychiatre en fonction, travaillant entre 50 et 80 % actuellement.

Dans ce contexte, nous reprenons l'imagerie IRM lombaire datant du 03.11.2008 effectuée à l'Institut [...] avec nos collègues radiologues qui confirment une instabilité localisée au niveau L5 et S1 G et D, sans instabilité située au-dessus. Par ailleurs, ils mentionnent une dégénérescence du disque à ce niveau sur un antélisthésis de degré I avec des lésions dégénératives osseuses type sclérose ainsi qu'une arthrose inter-épineuse et facettaire plus marquée au niveau L4-L5. On note par ailleurs un petit pincement foraminaux au niveau de la racine L5-S1 susceptible d'exercer une irritation sur cette racine, sans autre hernie discale visualisée.

[...]

Nous organisons par ailleurs, une consultation en neurologie avec le Dr HH. \_\_\_\_\_ dans le contexte de la radiculopathie bilatérale légèrement accentuée actuellement. Il ne mentionne pas de différence concernant son status comparé à celui du 17.04.2008 et décrit cliniquement une parésie à la dorsiflexion du pied D et du gros orteil avec une hypoesthésie tacto-algique en bande d'allure L5 bilatérale débutant à la cuisse G et au genou D. Il ne refait pas d'examen ENMG, le dernier datant d'avril 2008.

Le patient mentionne par ailleurs des douleurs diffuses type myalgique versus articulaire. [...] Devant ce tableau clinique, nous évoquons de possibles douleurs des suites d'une corticothérapie de longue durée avec myalgies et arthralgies réactives.

Dans le contexte d'insuffisance rénale chronique de stade II, nous contactons nos collègues néphrologues et le Prof. H. \_\_\_\_\_ qui connaît bien le patient. Au vu de la clearance actuelle aux alentours de 75 ml/min et d'une créatinine mesurée à 128 mmol/l, aucune urgence ou modification de traitement n'est à introduire. [...]

Nous contactons par ailleurs l'équipe du Prof. N. \_\_\_\_\_ dans le contexte d'une insuffisance cortico-sous-rénale codico-induite décrite. Suite à leurs conseils, nous effectuons un test au Synacthen [...] ne parlant pas pour une insuffisance cortico-sous-rénale actuellement. [...]

La complexité de la situation a justifié une discussion approfondie avec notre collègue au sujet de son contexte médico-socio-professionnel : il admet essayer de diminuer son temps de travail actuel afin de se donner des plages de repos, ce qui lui permettrait de faire sa physiothérapie. L'ensemble du tableau justifie donc la reconnaissance d'une incapacité de travail d'au moins 50% - sinon de 75% - à moyen terme, un taux plus élevé à long terme restant à rediscuter."

Le 2 décembre 2008, l'assuré a transmis à l'OAI un questionnaire rempli le 25 novembre 2008 et tendant à l'augmentation de sa rente, au motif d'une importante diminution de mobilité. A cet envoi étaient annexés les documents suivants :

- une attestation médicale du 29 août 2008 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et angiologie, expliquant qu'il avait pris en charge l'assuré dès le mois d'août 2006 afin d'exclure une pathologie vasculaire des membres inférieurs à l'origine des douleurs chroniques du dos et des jambes, que suite à cela un traitement de Neurontin avait été initié dès janvier 2007 en pensant à des douleurs d'origine neuropathiques, et que ce médicament avait ultérieurement dû être remplacé par du Lyrica, d'entente avec le Dr T.\_\_\_\_\_;

- un certificat médical du 4 septembre 2008 du Dr T.\_\_\_\_\_, relevant que depuis le début de l'année 2007, l'assuré présentait des douleurs, des paresthésies et des sensations d'engourdissement au niveau plantaire, bilatéralement, que ces troubles avaient justifié l'introduction d'une médication de Neurontin puis de Lyrica qui ne l'avait que partiellement soulagé, et que cette sémiologie récente - en partie indépendante des sciatalgies L5 bilatérales connues - l'invalidait dans le cadre de son activité professionnelle.

Dans un compte-rendu du 19 janvier 2009 (rédigé en allemand et traduit en français), le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les rapports précités des 29 août, 4 septembre et 27 novembre 2008. Il a relevé en substance que les attestations des Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ne contenaient aucun élément nouveau, et que par ailleurs l'examen approfondi du rapport du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2008 confirmait que l'assuré ne présentait aucun problème médical concret important pouvant justifier une invalidité durable, étant relevé en particulier que la radiculopathie bilatérale mentionnée dans le diagnostic était certes nouvelle - et n'était pas présente lors de la vérification du degré d'invalidité - mais que le neurologue interpellé à cet égard avait indiqué que celle-ci demeurait inchangée depuis avril 2008, et qu'il était douteux que les problèmes médico-socio-professionnels de l'assuré puissent justifier une incapacité de travail de longue durée ou même permanente, voire une invalidité. Dans ces conditions, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé que les constatations formulées dans son rapport du 17 novembre 2008 étaient par conséquent toujours fondées.

Par rapport du 25 mars 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a mis en exergue les points suivants :

"Pour résumer, [...] le Docteur E.\_\_\_\_\_, psychiatre de son état, présente une symptomatologie douloureuse, complexe, basée sur différents éléments. Sur le plan structurel, les diagnostics significatifs sont les suivants :

#### **A. SUR LE PLAN RHUMATOLOGIQUE**

##### **- POLYARTHRALGIES CHRONIQUES PERSISTANTES À FOCALISATION RACHIDIENNE ORGANIQUEMENT BASÉES SUR :**

- Hypermobilité articulaire généralisée avec probable syndrome d'hypermobilité articulaire[.]
- Pseudo-sciatalgies chroniques dans un contexte de lombalgies chroniques non spécifiques, secondaire[s] à un spondylolisthésis instable L5-S1 connu depuis 2002 au moins, du premier, degré selon Meyerding, avec lyse isthmique bilatérale L5 et micro-instabilité segmentaire lombaire basse.
- Radiculopathie bilatérale L5 sur compression radiculaire dans un contexte de canal lombaire étroit et de spondylarthrose étagée.

#### **B. SUR LE PLAN DE MÉDECINE INTERNE**

- **CARDIOPATHIE HYPERTENSIVE**
- **INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE DE STADE II SUR AGÉNÉSIE DU REIN GAUCHE**
- **INSUFFISANCE CORTICO-SURRÉNALIENNE CORTICO-INDUITE EN 2007**
- **SYNDROME MÉTABOLIQUE**
- **HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE**
- **HYPERCHOLESTÉROLÉMIE**

#### **C. SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE**

- **ÉTAT ANXIO-DÉPRESSIF FLUCTUANT, SECONDAIRE À LA SYMPTOMATOLOGIE DOULOUREUSE, DOCUMENTÉ ET SOUS TRAITEMENT SPÉCIALISÉ.**

Ce patient présente donc une longue histoire de souffrance lombaire et articulaire généralisée, actuellement focalisée sur la région lombaire, siège d'une problématique mécanique et neurologique, cohérente et documentée sur les plans anamnestiques, cliniques et radiologiques nombreux et présents au dossier. Actuellement, l'aggravation principale par rapport à son état de santé de 2007, réside dans les conséquences de la corticothérapie au long cours. Si celle-ci lui permet effectivement de poursuivre son activité par la maîtrise de ses douleurs, elle entraîne cependant un état de fatigue général dans le contexte d'une insuffisance cortico-surrénalienne induite[.]

Il est difficile de signaler une date précise concernant une éventuelle aggravation. Celle-ci est progressive, elle s'est faite au fil du temps.

Il est certain, pour avoir examiné et croisé à plusieurs reprises le Docteur E. \_\_\_\_\_ entre 2002 et 2008, que sa situation s'est aggravée de façon globale et qu'actuellement, sans que l'on puisse le quantifier de façon précise, il fonctionne au-dessus de ses forces.

En ce qui concerne le questionnaire des limitations fonctionnelles, comme dans toute situation de douleurs mixtes, neuropathiques et mécaniques, à laquelle se rajoutent des éléments de souffrance psychologique, une évaluation fiable et scientifique de la capacité fonctionnelle est totalement illusoire. La limitation fonctionnelle acceptable chez le Docteur E. \_\_\_\_\_ est sa capacité à réagir à la douleur et à fonctionner de façon variable, c'est à dire comme il l'a fait jusqu'à présent. Il en va de même donc de la capacité de travail exigible."

Le 12 juin 2009, l'assuré a produit un rapport établi le 20 mai précédent par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, faisant mention des diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1, avec notamment radiculopathie L5-S1 bilatérale, prédominant de le territoire L5, de myalgies et arthralgies probablement réactives à une cortico-thérapie de longue durée, et de syndrome métabolique (avec obésité [BMI = 31,3 kg/m<sup>2</sup>], hypertension artérielle traitée avec cardiopathie hypertensive, hyperlipidémie mixte sévère, et anémie microcytaire, hypochrome et ferriprive, sur spoliation digestive). S'agissant des autres diagnostics ou antécédents d'intérêt, ce médecin signalait une insuffisance rénale chronique de stade II, une agénésie du rein gauche, un status post-insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale en juin 2007, un status après opération bilatérale de la cataracte d'origine cortisonique en 2005, une insuffisance cortico-surrénalienne et cortico-induite en 2007, un status après embolie pulmonaire en 2007, un status après épisodes d'insuffisance respiratoire aiguë en mai 2008 sur probable infiltrat pneumonique versus pneumopathie toxique, une stéatose hépatique avec probable stéato-hépatite non alcoolique, et un tremblement familial nécessitant la prise d'Inderal. Le Dr F. \_\_\_\_\_ précisait que les lombalgies chroniques avec sciatalgies étaient présentes de façon significative depuis environ 9 ans, qu'il existait actuellement un problème d'anémie spoliative d'origine digestive avec rectorragies, qu'un bilan endoscopique était prévu à ce sujet, et que pour le reste l'assuré était suivi par différents spécialistes au vu de la complexité de la situation et de ses diverses pathologies. Il observait en outre ce qui suit :

### "3. Anamnèse et évolution du cas :

Il s'agit donc d'une situation complexe, chez un patient âgé de 48 ans, psychiatre-psychothérapeute de profession. Ce sont les symptômes douloureux qui prédominent [...]. Je note que la symptomatologie douloureuse s'exacerbe clairement durant les périodes professionnelles accrues, l'obligeant souvent à renvoyer ses rendez-vous et prendre des jours de repos, ce qui a un bon effet quant à la réduction des douleurs, les rendant plus tolérables.

Monsieur E. \_\_\_\_\_ présente également un état de grande fatigue associé à un certain degré de dyspnée pour des efforts modérés (par exemple en s'habillant), à mettre en partie sur le compte de la survenue d'un épisode d'anémie sur spoliation digestive, qui sera prochainement investigué par bilan endoscopique [...]. A cela s'ajoute l'excès pondéral, la cardiopathie hypertensive, ainsi qu'un certain degré de déconditionnement physique, en raison des douleurs chroniques.

Comme dernier problème, à noter un tremblement, par moment relativement important, pouvant être particulièrement gênant, notamment en regard de ses patients, d'origine génétique, et nécessitant l'introduction récente d'un traitement  $\beta$ -bloqueur d'Inderal [...]."

Dans un rapport du 25 mai 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que l'on ne pouvait accorder aucune valeur au rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2009, dès lors que celui-ci était entaché de problèmes d'incompréhension linguistique, qu'il était incomplet et qu'il comportait en outre des contradictions. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il ne comprenait pas comment on pouvait nier des atteintes organiques dûment documentées et connues de longue date, prises en charge par 4 professeurs de faculté, un maître d'enseignement et de recherche, ainsi que d'autres spécialistes FMH indépendants en libre pratique, tous unanimes pour admettre que la capacité de travail exigible était maintenant de 50% au maximum.

Se déterminant le 21 octobre 2009 sur le compte-rendu précité du Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_ a maintenu sa position.

Le 30 novembre 2009, le cabinet fiscal en charge de la comptabilité de l'assuré a transmis à l'OAI divers documents concernant l'exploitation du cabinet médical de l'intéressé de 2005 à 2008.

Par avis médical SMR du 7 juin 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a observé que les médecins traitants de l'assuré faisaient état d'une aggravation reposant essentiellement sur une aggravation des douleurs et de la fatigue de l'intéressé, sans autre élément objectif, et que l'on peinait à comprendre ce qui empêcherait l'assuré de travailler au moins à 50% en tant que psychiatre, dès lors qu'il s'agissait là d'une activité légère, sédentaire et permettant l'alternance des positions ainsi que l'aménagement des horaires de travail à la guise de l'intéressé. Aussi le Dr M.\_\_\_\_\_ a-t-il préconisé une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet rhumatologique, un volet de médecine interne et un volet psychiatrique) auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) de [...], afin d'établir des limitations fonctionnelles médicalement étayées et une exigibilité fondées sur des arguments objectifs.

Par courriers des 9 et 17 juin 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il s'avérait nécessaire de procéder à une expertise médicale, laquelle serait effectuée par le COMAI de [...].

Il ressort ce qui suit d'une note établie le 5 juillet 2010 par un collaborateur de l'OAI suite à un entretien téléphonique avec l'assuré :

"M. E.\_\_\_\_\_ a pris contact avec nous, pour nous informer qu'il n'allait pas se présenter au COMAI. C'est exclu qu'il fasse cette expertise et comme il connaît le Dr M.\_\_\_\_\_, il va prendre contact avec lui.

De mon côté, je lui ai juste expliqué qu'il ne peut pas refuser cette expertise au COMAI. Il doit se présenter et dès qu'il a le nom du médecin à ce moment il peut récuser l'expertise."

Par lettre du 7 juillet 2010, l'assuré a exposé qu'il ne souhaitait pas se soumettre une expertise, dès lors qu'il était suivi par les plus éminents spécialistes pour l'ensemble de ses affections et qu'il était préférable de s'adresser directement à ces derniers pour obtenir toutes les informations médicales nécessaires.

En date du 21 juillet 2010, l'assuré s'est vu adresser une convocation au COMAI de [...] pour les 26 août et 26 octobre 2010.

Dans un courriel du 2 août 2010, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le courrier du 7 juillet 2010 n'apportait aucun élément permettant de renoncer à l'expertise, laquelle devait être maintenue.

Par correspondance du 6 août 2010, l'OAI a rappelé à l'assuré qu'il était impératif qu'il se présente à la convocation du 26 août 2010 et qu'il aurait à ce moment la possibilité de «*récusar l'expertise*» après connaissance du nom de l'expert choisi. L'office a en outre souligné qu'en cas de défaut de présentation à cette convocation, n'ayant pas d'autres moyens pour évaluer l'état de santé actuel de l'intéressé, il n'aurait aucune preuve de l'aggravation des troubles de ce dernier, devrait statuer en l'état du dossier, et refuserait l'augmentation de la rente.

Il ressort ce qui suit d'une note rédigée le 10 août 2010 par le Dr M. \_\_\_\_\_ à la suite d'un appel téléphonique de l'assuré :

"M. E. \_\_\_\_\_ m'appelle dans un état de surexcitation extrême pour s'insurger violemment contre sa convocation à une expertise COMAI. Aucun dialogue n'est possible dans son état. Il crie qu'il n'ira pas « se foutre à poil » devant des experts moins compétents que ses médecins traitants. Il ne comprend pas la raison de cette expertise et refuse d'entendre quoi que ce soit. [...]"

Le 11 août 2010, l'OAI a établi une note expliquant que, l'assuré ayant téléphoné au Centre [...] ( [...]) pour annoncer qu'il ne se présenterait en aucun cas à l'expertise, il y avait lieu d'annuler pour l'instant la demande d'expertise.

L'OAI a établi le 12 octobre 2010 un compte-rendu d'entretien téléphonique, dont il ressortait que l'assuré avait déclaré la veille ne pas comprendre pourquoi l'office tardait à statuer sur l'octroi d'une rente fondée sur une incapacité de travail de 75%, telle que reconnue par l'ensemble des médecins consultés.

Dans un courrier du 14 octobre 2010, l'assuré a insisté sur le fait qu'il travaillait à ce jour bien au-delà de ses capacités physiques et sous haute dose de cortisone, substance dont les effets délétères sur l'organisme n'étaient plus à démontrer médicalement. Il a en outre versé au dossier diverses pièces comptables concernant l'exploitation de son cabinet médical de 2005 à 2009.

Dans un rapport du 15 novembre 2010, les Drs F.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_ (spécialiste en anesthésie et antalgie) et I.\_\_\_\_\_ (spécialiste en pneumologie) ainsi que les Pof. N.\_\_\_\_\_ (spécialiste en endocrinologie) et H.\_\_\_\_\_ (spécialiste en néphrologie et hypertension) ont fait état de ce qui suit :

"Les médecins soussignés participent à la prise en charge médicale de Monsieur E.\_\_\_\_\_. La situation de ce patient est médicalement préoccupante, autant sur le plan somatique que sur le plan psychologique. En effet, les diagnostics présentés nécessitent une médication importante, notamment sur le plan antalgique. Pour assumer ses finances, Monsieur E.\_\_\_\_\_ dépasse largement les limites que nous essayons de lui imposer dans son activité professionnelle de psychiatre, ceci par crainte de se retrouver dans une situation de précarité. Afin de supporter notamment son syndrome douloureux durant son travail, il doit donc prendre des doses importantes, pour ne pas dire excessives d'antalgiques, ainsi que de la cortisone, qui à leur tour peuvent être à même d'induire des effets délétères contribuant à la dégradation de son état de santé. [...] Le tableau clinique devient de plus en plus préoccupant, complexe et difficile à gérer médicalement.

Ce tableau est encore aggravé par la négation par certains médecins de la réalité des lésions structurelles et fonctionnelles qu'il présente. Nous nous élevons contre la jurisprudence qui disqualifie le médecin traitant au motif qu'il serait partial, alors que l'expert délégué par un mandant lui-même impliqué dans le différent ne le serait pas, ceci au profit d'un conflit d'intérêt assourdissant. Nous affirmons qu'en notre qualité de médecins cadres enseignants universitaires et/ou de spécialiste FMH de notre domaine particulier, Monsieur E.\_\_\_\_\_ présente des lésions graves et handicapantes, entraînant les limitations fonctionnelles que nous définissons et qui correspondent aux connaissances scientifiques actuelles, en accord avec les exigences de la LPGA.

Ainsi, en tenant compte des problèmes présentés sur le plan somatique, ainsi que du contexte psychologique, nous pouvons affirmer que la capacité de travail résiduelle de Monsieur E.\_\_\_\_\_ ne dépasse pas un taux de 25% au maximum. Il nous apparaît urgent que Monsieur E.\_\_\_\_\_ puisse être reconnu dans son invalidité, ce qui permettra finalement une prise en charge adéquate sur le plan médical afin de stabiliser au mieux sa situation."

Annexé au rapport du 15 novembre 2010, figurait un écrit du Dr F. \_\_\_\_\_ du même jour, faisant mention des diagnostics principaux de lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthesis L5-S1 instable, avec notamment radiculopathie L5-S1 bilatérale active chronique, prédominant dans le territoire L5, de myalgies et arthralgies probablement réactives à une cortico-thérapie de longue durée, de syndrome métabolique (avec obésité [BMI = 31,3 kg/m<sup>2</sup>], hypertension artérielle traitée avec cardiopathie hypertensive, hyperlipidémie mixte sévère, anémie microcytaire, hypochrome et ferriprive, sur spoliation digestive, insuffisance rénale chronique de stade II, agénésie du rein gauche) et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil. S'agissant des autres antécédents et diagnostics secondaires, étaient signalés un status post-insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale en juin 2007, un status après opération bilatérale de la cataracte d'origine cortisonique 2005, une insuffisance cortico-surrénalienne et cortico-induite en 2007, un status après suspicion d'embolie pulmonaire en 2007, un status après épisodes d'insuffisance respiratoire aiguë en mai 2008 sur probable infiltrat pneumonique versus pneumopathie toxique, une stéatose hépatique avec probable stéato-hépatite non alcoolique, et un tremblement familial nécessitant la prise d'Inderal. Les différents médicaments prescrits à l'assuré étaient également mentionnés.

Par écrit du 2 décembre 2010, l'assuré a souligné qu'il continuait à travailler au prix d'une médication importante, au détriment de sa santé. Il a également fourni à l'OAI de nouvelles pièces comptables pour la période de janvier à juin 2010.

Il ressort d'une fiche d'examen du dossier d'un indépendant établie par l'OAI le 10 décembre 2010 que, sur la base d'une estimation des heures de travail facturées par l'assuré, ce dernier semblait travailler actuellement à un taux se rapprochant de 50%.

Dans avis de juriste daté du 14 septembre 2010 mais indexé le 21 décembre suivant, l'OAI a retenu, sur la base des informations

médicales et économiques au dossier, que l'assuré avait montré depuis plusieurs années qu'il pouvait travailler au moins à 50% et ainsi réaliser des revenus conséquents. Il était indiqué que le seul argument des médecins traitants consistait à dire que l'assuré travaillait au-dessus de ses forces et serait contraint de le faire tant que l'AI ne lui reconnaîtrait pas une invalidité justifiant une rente entière, que sur la base du dossier il n'y avait aucun élément objectif permettant de modifier le taux d'invalidité fixé lors de la précédente décision, et qu'en l'état il y avait donc lieu de maintenir la demi-rente.

Le 14 février 2011, l'intéressé a produit une nouvelle version du rapport médical du 15 novembre 2010 comportant la signature du Prof. R.\_\_\_\_\_.

En date du 17 février 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'augmentation de sa demi-rente d'invalidité, motivé comme suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Par décision du 1<sup>er</sup> mai 2006, votre rente entière a été supprimée au motif que votre capacité de travail était de 80 %, confirmée par le Dr G.\_\_\_\_\_.

Suite à une nouvelle demande déposée le 29 août 2007, compte tenu d'une aggravation de votre état de santé, nous avons réintroduit par décision du 11 août 2008 le droit à une demi-rente (invalidité 50 %) ouvert dès le 1<sup>er</sup> juin 2007.

Par courrier daté du 2 décembre 2008, vous avez sollicité la révision de votre dossier.

Nous avons donc repris l'instruction en sollicitant notamment auprès de vos médecins des rapports médicaux, ainsi que des informations d'ordre économique (bilans comptables, etc).

Il ressort de nos investigations que, selon vos médecins, votre capacité de travail ne serait plus que de 25 %. Or, sur la base des pièces économiques en notre possession, il s'avère que vous travaillez en tant que médecin à des taux bien supérieurs et ceci depuis plusieurs années.

Vous arguez avec l'appui de vos médecins que vous travaillez au-dessus de vos forces.

De notre avis, il y a manifestement incohérence entre l'avis de vos médecins et le fait que vous travaillez depuis de nombreuses années à un taux d'activité bien supérieur à 25 %.

Afin d'objectiver la situation médicale, nous vous avons proposé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire que vous avez catégoriquement refusée. Malgré différentes tentatives de notre part de nous passer de cette expertise afin de pouvoir nous déterminer objectivement sur votre état de santé actuel, nous n'avons pas pu obtenir les éléments nécessaires suffisants démontrant une aggravation de votre état de santé.

Par conséquent, en l'état du dossier, nous ne pourrions que confirmer le maintien de votre droit à la demi-rente.

**Il n'en reste pas moins que la seule mesure d'instruction qui nous permettrait de nous déterminer en toute objectivité, est la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire qui pourrait, compte tenu de votre activité professionnelle, parfaitement se dérouler dans un autre canton.**

**Vous avez donc la possibilité de revenir sur votre décision dans un délai de trente jours à réception du présent courrier.**

**Sans manifestation de votre part, le droit à la demi-rente sera maintenu sans autre instruction.**

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande d'augmentation de la rente sera rejetée."

Ce projet a été communiqué à la Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_.

L'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, par courrier du 21 février 2011 rédigé par son conseil. Il a fait valoir en substance que l'attestation médicale signée par tous ses médecins traitants devait suffire à démontrer objectivement que son état de santé s'était «*plus qu'aggravé*», et qu'une expertise pluridisciplinaire dans un autre canton ne serait d'aucune utilité «*dans la mesure où les médecins mandatés ne ser[ai]ent jamais que les élèves [de ses] médecins traitants*».

Dans une écriture du 15 mars 2011, la Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a également pris position à l'égard du projet de décision de l'OAI. En substance, elle a

fait valoir qu'il y avait lieu de supprimer toute rente AI en faveur de l'assuré, invoquant «*un manque de diagnostic médical objectif, la preuve par l'acte que l'assuré dispos[ait] d'une capacité de travail supérieure à 50%, ainsi que le manque de fiabilité des données comptables produites*». Elle a en outre déploré l'absence d'expertise médicale pluridisciplinaire.

Par envoi du 4 avril 2011, l'assuré a produit un rapport du 21 mars 2011 contresigné par les Drs F.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, ainsi que par les Prof. N.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

"En résumé, il s'agit d'un refus de reconnaissance de « travail au-dessus des forces du patient » de la part de l'OAI VD, au motif « qu'il y a manifestement incohérence entre l'avis de vos médecins et le fait que vous travaillez depuis de nombreuses années à un taux d'activité bien supérieur à 25 % ».

[...]

Médicalement : travailler au[-]dessus de ses forces signifie outrepasser, par différents moyens, les limites du raisonnable en termes de compétences physiques et psychiques, impliquant le risque de lésions corporelles génératrices d'atteinte à la santé.

[...]

Aucun des paramètres de la condition physique de notre patient n'atteint le seuil nécessaire et suffisant pour réaliser harmonieusement son gain actuel. Autrement dit, il le fait au détriment de sa santé. Seul l'apport médicamenteux lui permet de passer outre sa symptomatologie, de poursuivre ses rencontres avec ses patients et de préserver ainsi son revenu actuel. En fait, progressivement, il a atteint les limites de sa résistance physique, par la perte de son endurance, de sa mobilité et de sa coordination. Le diagnostic d'hypermobilité articulaire s'ajoute encore aux déficiences fonctionnelles et aggrave l'ensemble du tableau.

[...]

[...] Lorsque l'effort fourni suppose le recours à des moyens externes nocifs en fonction de la dose et de la durée d'administration (ici la médication), il devient éthiquement inadmissible de l'exiger. Tel est justement le cas chez notre confrère, compte tenu des problèmes extra-musculo-articulaires qu'il présente.

[...]

Si l'on mettait en graphique la trajectoire professionnelle récente du Dr E.\_\_\_\_\_, on constaterait une diminution régulière et progressive de sa capacité de travail. Comme dit plus haut, il suffit

de consulter son dossier pour réaliser que pour continuer au rythme qui lui permet d'obtenir son revenu actuel, il avale un cocktail médicamenteux délétère à long terme pour son organisme. Ce dossier est fondé sur les avis de divers spécialistes, jusqu'aux plus hauts niveaux académiques et administratifs de médecins-cadres au Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_, eux-mêmes enseignants à la Faculté de Biologie et Médecine.

Ainsi, contrairement à ce qu'affirme l'administration, il n'y a aucune incohérence entre ses médecins attestant une incapacité médicale de l'ordre de 75 % et son revenu actuel, produit d'une activité dépassant depuis 2 à 3 ans le seuil d'exigibilité médicalement admissible; ce seuil doit rapidement être ramené à un niveau raisonnable, impliquant la diminution de son activité et donc de son revenu et conduisant ainsi à la reconnaissance de l'aggravation de son invalidité.

Subsidiairement, le refus d'une expertise pluridisciplinaire est parfaitement justifié. Le dossier médical est largement étayé par 4 professeurs, un maître d'enseignement et de recherches, différents spécialistes en ville, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation. Demander une expertise supplémentaire revient à disqualifier la Faculté de Médecine et de Biologie de l'Université de [...], de la part d'une institution qui elle-même dépend de l'Etat.

Cette institution refuserait ainsi de reconnaître aux responsables de l'enseignement de la médecine, des compétences supérieures à celles de ses médecins-conseils. En outre, si ce[s] derniers sont spécialistes FMH, ils ne disposent en aucune manière de la reconnaissance scientifique dont peuvent se prévaloir ceux qui, non seulement sont cliniciens thérapeutes, non seulement chercheurs, mais encore, par leur rôle d'enseignant, obligés de se tenir au fait des données récentes dans leur domaine et confronté journallement à la complexité des cas les plus difficiles qui aboutissent dans les hôpitaux universitaires. [...]

Nous espérons que ces quelques lignes vous permettront de faire réévaluer la situation du Docteur E. \_\_\_\_\_, étant entendu que celle-ci est certainement fluctuante, une reconnaissance actuelle ne signifiant pas qu'il ne puisse, après une période donnée et compte tenu de sa profession, récupérer tout ou partie de sa condition physique et, partant, une capacité de travail supérieure à l'avenir."

Par décision du 19 avril 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 février précédent.

Dans un courrier explicatif du même jour faisant partie intégrante de sa décision, l'office a exposé que l'assuré s'était vu reconnaître une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité professionnelle, réputée adaptée, et qu'aucun élément médical objectif ne permettait de retenir - en l'état du dossier - que les troubles de l'intéressé

s'étaient aggravés de manière suffisante pour justifier une diminution de la capacité de travail et de gain. Bien au contraire, il ressortait des comptes de l'assuré que celui-ci réalisait des revenus correspondant plus ou moins à une activité à un taux de 50%. Dans ces circonstances, l'office a conclu que l'on ne pouvait se fonder sur la seule appréciation des médecins traitants pour considérer que l'assuré travaillait au-dessus de ses forces à un taux de 50% depuis plusieurs années, alors même qu'il réalisait toujours des revenus équivalant plus ou moins à un taux d'activité de 50%, ce qui coïncidait avec la capacité de travail admise lors de la décision du 11 août 2008.

**I.** Agissant par l'entremise de son conseil, l'assuré a recouru le 23 mai 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il fait valoir que les différents rapports établis par ses médecins traitants – parmi lesquels des professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de [...] – indiquent de façon unanime une capacité résiduelle de travail de 25% depuis 2008, que ces rapports remplissent toutes les conditions pour se voir reconnaître la valeur probante d'une expertise, et que c'est de manière arbitraire que l'OAI n'en a pas tenu compte au motif que ces avis étaient incohérents par rapport au taux d'activité effectif. A cet égard, le recourant soutient que l'office n'a pas tenu compte de l'ensemble des circonstances faisant qu'il poursuit à ce jour l'exercice d'une activité lucrative au moyen d'un traitement antalgique extrêmement lourd, et que tel sera le cas aussi longtemps que son invalidité n'aura pas été reconnue.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 11 août 2011.

**J.** Par jugement du 6 novembre 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis la demande déposée le 4 décembre 2007 par la Fondation de prévoyance AA. \_\_\_\_\_ contre l'assuré, tendant

à la restitution des prestations indûment perçues par ce dernier du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 avril 2006 (jugement CASSO PP 33/07 – 43/2012).

En date du 14 décembre 2012, la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif du canton de Berne a rejeté la requête introduite par l'assuré le 8 mai 2009 contre la Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_ tendant au versement d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, faute de connexité temporelle entre l'incapacité de travail initiale et la nouvelle invalidité invoquée depuis 2007 (cf. jugement [...], spéc. consid. 4.4 et 4.5).

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'augmenter la rente d'invalidité du recourant.

**3.** S'agissant de l'examen du cas particulier, on notera que les considérations découlant du jugement du 14 décembre 2012 de la Cour des affaires de langue de française du Tribunal administratif bernois sont sans influence pour l'issue de la présente affaire, dite instance n'ayant pas abordé la problématique litigieuse en l'occurrence, mais ayant dénié tout droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle dès le 1<sup>er</sup> juin 2008 en raison de l'absence de connexité temporelle entre l'incapacité initiale de travail et l'aggravation invoquée par l'assuré en 2007 (cf. let. J supra).

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**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 (cf. ATF 125 V 51 consid. 4; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 2c; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec les références citées; cf. TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**5.** Conformément à 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; cf. VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; cf. TF 9C\_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1).

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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (cf. VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. à cet égard art. 28 al. 1 et 2 LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

**b)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). S'agissant du caractère inexcusable de la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, on soulignera que ce critère est réalisé lorsque l'assuré ne peut se prévaloir d'aucun fait justificatif ou que son comportement est proprement incompréhensible (cf. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 51 ad art. 43 al. 3 LPGA, p. 558).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier. Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ATF 108 V 230 consid. 2; cf. TF I 906/05 précité consid. 5.4 et les références citées).

**c)** En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état

de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et I 906/05 précité consid. 6, avec les références citées).

**7. a)** En l'espèce, par décision du 11 août 2008, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2007 sur la base d'un taux d'invalidité de 50%. Cette décision reposait sur les différents rapports médicaux au dossier, synthétisés par le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR dans ses avis des 30 janvier et 18 juillet 2008. Ce dernier retenait les diagnostics de spondylolisthésis L5-S1 de degré I-II avec lombosciatalgies chroniques depuis 1999, de dyspnée chronique d'origine indéterminée, d'insuffisance rénale chronique stade II, d'insuffisance cortico-surrénalienne cortico-induite, d'anémie normochrome normocytaire modérée, de stéatose hépatique, de syndrome métabolique, de cardiopathie hypertensive et de troubles dysthymiques réactionnels (cf. avis médical SMR du 30 janvier 2008). S'agissant des limitations fonctionnelles, ce médecin faisait état d'asthénie et de fatigabilité (cf. *ibid.*), tout en précisant que les restrictions comprenaient également l'épargne rachidienne, l'absence de port de charge et d'activités en porte-

à-faux du rachis lombaire, et la possibilité d'alterner les positions assise et debout (cf. avis médical SMR du 18 juillet 2008). Sur la base de ces éléments, le Dr M.\_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré, considérée comme adaptée (cf. avis précités des 30 janvier et 18 juillet 2008).

**b)** A la suite de la demande d'augmentation de rente déposée le 2 décembre 2008 par l'assuré, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à laquelle l'intéressé a refusé de se soumettre. De ce fait, aux termes de la décision querellée du 19 avril 2011, l'office a considéré qu'en l'état du dossier il ne pouvait que maintenir le droit de l'assuré à une demi-rente AI.

Cela étant, il incombe à la Cour de céans de déterminer si l'intimé était fondé, sur la base de l'état de fait existant, à rendre une décision refusant d'augmenter la demi-rente du recourant à défaut d'avoir pu mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA.

**8. a)** Il convient tout d'abord d'examiner si les rapports médicaux figurant au dossier de l'OAI permettent ou non de conclure à un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant depuis la décision du 11 août 2008.

**aa)** Le dossier contient divers comptes-rendus émanant des médecins traitants du recourant.

Dans une attestation du 29 août 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré avait été pris en charge dès le mois d'août 2006 afin d'exclure une pathologie vasculaire des membres inférieurs à l'origine des douleurs chroniques au dos et aux jambes, qu'un traitement à base de Neurontin avait été introduit dès janvier 2007 en pensant à des troubles d'origine neuropathique, et que le Neurontin avait ultérieurement été remplacée par du Lyrica. Cette attestation a principalement trait aux différentes pistes thérapeutiques envisagées entre 2006 et 2007, à une

époque antérieure à la décision d'octroi de rente du 11 août 2008, mais n'est en revanche pas pertinente pour évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assuré après cette dernière décision. En particulier, les douleurs chroniques évoquées par le Dr C. \_\_\_\_\_ avaient déjà été signalées lors de la précédente procédure AI. A cette occasion, les différents médecins interpellés avaient fait état respectivement d'un syndrome douloureux chronique lié à un spondylolisthésis L5-S1 (cf. rapports du Dr V. \_\_\_\_\_ des 2 octobre et 26 novembre 2007), de lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1 (cf. rapport des Drs R. \_\_\_\_\_ et EE. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2007), et d'une radiculopathie bilatérale chronique sur spondylolisthésis L5-S1 (cf. rapport des Drs D. \_\_\_\_\_ et FF. \_\_\_\_\_ du 17 avril 2008); par ailleurs et surtout, le Dr M. \_\_\_\_\_ avait tenu compte de cette symptomatologie ainsi que des limitations fonctionnelles y relatives dans ses avis des 30 janvier et 18 juillet 2008 (cf. consid. 7a supra). De surcroît, si la médication à base de Neurontin prescrite en janvier 2007 a certes été substituée par du Lyrica à une date qui demeure indéterminée en l'état du dossier, il reste que la simple adaptation d'un traitement médicamenteux ne saurait être décisive pour conclure à un changement significatif sur le plan médical. Dans ces conditions, il s'avère que l'attestation du Dr C. \_\_\_\_\_ ne contient aucun élément justifiant la révision du droit à la rente du recourant.

Pour sa part, le Dr T. \_\_\_\_\_ a exposé, dans un certificat du 4 septembre 2008, que l'assuré présentait depuis le début de l'année 2007 des douleurs, des paresthésies et des sensations d'engourdissement au niveau plantaire, bilatéralement, que l'introduction d'une médication de Neurontin puis de Lyrica n'avait permis qu'un soulagement partiel, et que cette sémiologie récente - en partie indépendante des sciatalgies L5 bilatérales connues - était invalidante sur le plan professionnel. Ce certificat ne contient aucune motivation concrète et objective dans le sens d'une modification importante des circonstances depuis la décision du 11 août 2008. Au contraire, le Dr T. \_\_\_\_\_ se réfère à une sémiologie qui aurait débuté au début de l'année 2007 et qui ne saurait par conséquent marquer une quelconque évolution notable depuis la décision d'octroi de rente du 11 août 2008. Le certificat du 4 septembre 2008 mérite en outre

d'être appréhendé avec circonspection, dès lors que, dans un rapport du 24 octobre 2007 rédigé lors de la précédente procédure AI, le Dr T. \_\_\_\_\_ n'a pas signalé de problèmes plantaires survenus au début de l'année 2007, mais a uniquement mentionné une situation stabilisée du point de vue neurologique et décompensée sur les plans pulmonaire, cardiaque et endocrinien. Pour l'ensemble de ces motifs, ce certificat ne peut être tenu pour déterminant.

Aux termes d'un rapport du 27 novembre 2008 (cosigné par le Dr GG. \_\_\_\_\_), le Dr L. \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré avait été hospitalisé du 7 au 14 novembre 2008 dans le contexte d'un épuisement complet devant une intolérance douloureuse sur pseudo-sciatalgies chroniques avec un spondylolisthésis L5-S1 et des radiculopathies bilatérales L5 connues. Pour le reste, ce médecin a rappelé les différentes pathologies présentées par le recourant, évoqué de possibles douleurs des suites d'une corticothérapie de longue durée avec myalgies et arthralgies réactives, et indiqué que l'ensemble du tableau justifiait la reconnaissance d'une incapacité de travail d'au moins 50%, sinon de 75%, étant précisé que l'intéressé travaillait alors entre 50 et 80%. Attendu que le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que le taux d'incapacité de travail était de 50% au maximum et qu'il ne s'est référé à un taux de 75% que de manière hypothétique, on ne voit pas en quoi son compte-rendu serait révélateur d'une modification importante des circonstances susceptible d'avoir influencé la capacité de travail et de gain de l'assuré depuis la décision du 11 août 2008, elle-même fondée sur une capacité résiduelle de travail de 50%.

Le 25 mars 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a précisé que l'aggravation principale par rapport à 2007 résidait dans les conséquences de la corticothérapie au long cours. Toutefois, selon l'avis SMR du 30 janvier 2008 du Dr M. \_\_\_\_\_, la péjoration de l'état de santé en 2007 - à l'origine de la décision d'octroi de rente du 11 août 2008 - était déjà liée aux complications du traitement du syndrome douloureux lombaire de l'assuré (cf. let. F supra). Les indications figurant dans le compte-rendu du 25 mars 2009 n'expliquent pas en quoi l'impact négatif de la médication serait à

l'heure actuelle concrètement plus important qu'en 2007. Certes, dans son rapport susdit, le Dr L.\_\_\_\_\_ a exposé que si la corticothérapie permettait effectivement à l'assuré de poursuivre son activité par la maîtrise de ses douleurs, elle entraînait cependant un état de fatigue général dans le contexte d'une insuffisance cortico-surrénalienne induite. Néanmoins, dans son avis SMR du 30 janvier 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ avait déjà tenu compte du diagnostic d'insuffisance cortico-surrénalienne cortico-induite, ainsi que des limitations fonctionnelles liées à la fatigabilité de l'assuré (cf. consid. 7a supra). Cela étant, il appert qu'aux termes de son rapport du 25 mars 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a pas avancé d'éléments suffisamment précis et concrets susceptibles d'expliquer en quoi le traitement médicamenteux de l'assuré aurait pu entraîner une modification de la situation depuis la décision d'octroi de rente du 11 août 2008 - étant souligné que dans ledit compte-rendu, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne s'est exprimé que de manière laconique sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré, observant que celui-ci œuvrait actuellement au-dessus de ses forces et que ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail étaient liées à sa capacité à réagir à la douleur.

Il apparaît par ailleurs qu'à teneur d'un rapport du 25 mai 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail exigible s'élevait à 50% au maximum, décrivant ainsi une situation superposable à celle prévalant lors du prononcé de la décision du 11 août 2008.

S'agissant du Dr F.\_\_\_\_\_, il s'est déterminé dans un rapport du 20 mai 2009, aux termes duquel il a indiqué que les symptômes douloureux prédominaient, que les douleurs s'exacerbaient clairement durant les périodes professionnelles accrues, que l'assuré présentait un état de grande fatigue associé à un certain degré de dyspnée pour des efforts modérés (à mettre sur le compte de la survenue d'un épisode d'anémie sur spoliation digestive), et qu'à cela s'ajoutait l'excès pondéral, la cardiopathie hypertensive ainsi qu'un certain degré de déconditionnement en raison des douleurs chroniques; ce médecin a en outre fait état d'un tremblement d'origine génétique par moment relativement important, traité par bêta-bloqueur d'Inderal. Pour le reste,

ce rapport ne contient aucune évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Ainsi, bien qu'ayant énoncé les différentes atteintes de l'assuré tout en insistant plus particulièrement sur la symptomatologie douloureuse de ce dernier, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a cependant pas fourni d'éléments suffisamment clairs et précis susceptibles d'étayer une modification notable des circonstances depuis la décision du 11 août 2008.

Le dossier contient par ailleurs une attestation médicale du 15 novembre 2010 cosignée par les Drs F. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_, I. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_, ainsi que par les Prof. N. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, observant que l'assuré dépassait les limites que ses médecins essayaient de lui imposer dans son activité de psychiatre pour ne pas tomber dans la précarité, et qu'afin de supporter notamment son syndrome douloureux durant son travail, il prenait des doses importantes - voire excessives - d'antalgiques ainsi que de la cortisone, substances qui à leur tour pouvaient être à même d'induire des effets délétères contribuant à dégrader son état de santé. Il était indiqué que le tableau clinique devenait de plus en plus préoccupant, complexe et difficile à gérer médicalement. Sur la base des troubles somatiques et du contexte psychologique, la capacité résiduelle de travail était évaluée à 25% au maximum. Dans cette attestation, les médecins traitants de l'assuré ont formulé leurs observations de manière générale, sans mettre en perspective les différentes atteintes et leur impact respectif sur la capacité de travail, sans expliciter l'influence précise de la médication prescrite et sans se prononcer clairement sur les options thérapeutiques. La capacité résiduelle de travail de 25% évoquée par ces praticiens ne repose donc pas sur une appréciation suffisamment approfondie. Quant à l'écrit du Dr F. \_\_\_\_\_ annexé à l'attestation du 15 novembre 2010, il consiste en une énumération des diagnostics et médicaments prescrits, mais ne contient toutefois aucune discussion médicale objective permettant de tirer des conclusions quant à l'évolution des atteintes incapacitantes de l'assuré depuis la décision du 11 août 2008; si le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil y est mentionné pour la première fois, aucune précision ne permet d'en saisir

concrètement la portée. Il s'ensuit que l'attestation du 15 novembre 2010 et son annexe ne permettent pas de prendre clairement position quant à une éventuelle modification notable des circonstances depuis la décision du 11 août 2008.

Ces mêmes médecins traitants ont établi une nouvelle attestation en date du 21 mars 2011, aux termes de laquelle ils ont en particulier exposé que l'activité de l'assuré dépassait depuis 2 à 3 ans le seuil d'exigibilité médicalement admissible, cela au détriment de sa santé, que seul l'apport médicamenteux lui permettait de passer outre sa symptomatologie, de poursuivre ses rencontres avec ses patients et de préserver son revenu actuel, et que le diagnostic d'hypermobilité articulaire s'ajoutait encore aux déficiences fonctionnelles et aggravait l'ensemble du tableau. Cela étant, ils ont maintenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail de l'ordre de 75%. Cette attestation contient des conclusions s'inscrivant dans la lignée de celle du 15 novembre 2010, et n'explique pas davantage en quoi l'état de santé de l'assuré se serait concrètement et objectivement aggravé depuis 2 à 3 ans au point de rendre inexigible l'exercice de son activité habituelle à un taux de 50%. Comme dans leur attestation du 15 novembre 2010, les médecins traitants se sont à nouveau prononcés en faveur d'une incapacité de travail de 75% sans réelle motivation. Certes, ils ont mentionné que l'hypermobilité articulaire aggravait le tableau. Toutefois, cette atteinte était déjà connue du Dr L. \_\_\_\_\_ en 2009 (cf. rapport du 25 mars 2009), ce qui, à l'époque, n'avait pourtant pas empêché ce médecin de retenir une capacité de travail exigible de 50% (cf. rapport du 25 mai 2009). Partant, l'attestation du 21 mars 2011 ne s'avère pas suffisamment précise et circonstanciée pour permettre de conclure à une évolution significative de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 11 août 2008.

En résumé, si certains des rapports précités s'avèrent dénués de pertinence pour se déterminer quant à un éventuel changement important des circonstances depuis la dernière décision AI entrée en force (cf. rapports des Drs C. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, respectivement des 29 août

2008 et 4 septembre 2008), force est de constater que les autres avis analysés ci-avant, bien qu'ils semblent faire état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, ne contiennent pas d'appréciation médicale suffisamment détaillée et objective de la situation. En particulier, on ne peut en l'état expliquer la divergence opposant les rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ des 27 novembre 2008 et 25 mai 2009, signalant une capacité résiduelle de travail de 50%, aux attestations des médecins traitants des 15 novembre 2010 et 21 mars 2011, évoquant une incapacité de travail de 75%. Ces incertitudes méritaient par conséquent d'être éclaircies par le biais d'une expertise médicale.

**bb)** Le dossier contient par ailleurs trois avis médicaux rédigés par le médecin-conseil de la Fondation de prévoyance AA.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_, les 5 novembre 2008, 19 janvier 2009 et 21 octobre 2009. Pour ce médecin les troubles de l'assuré seraient dépourvus de base objective et l'activité de psychiatre entièrement compatible avec son état de santé. L'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ s'écarte par conséquent sensiblement de celle des autres praticiens interpellés (cf. consid. 8a/aa supra). Cela dit, alors même que le Dr B.\_\_\_\_\_ se fonde sur les différents comptes-rendus rédigés par les médecins traitants du recourant - qui ont par définition personnellement ausculté leur patient -, il en tire des conclusions divergentes sans pour autant mettre en exergue d'éléments décisifs qui auraient échappé à l'attention des autres spécialistes consultés. Plus particulièrement, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé le 19 janvier 2009 que la radiculopathie bilatérale mentionnée dans le rapport médical du 27 novembre 2007 était nouvelle et n'était pas présente lors de la vérification du degré d'invalidité. Or, cette allégation est manifestement erronée, puisque les Drs D.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_ en avaient déjà fait état dans leur constat du 17 avril 2008, sur lequel le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR s'était prononcé le 18 juillet 2008, dans le cadre de la précédente procédure AI. Ces éléments incitent à s'interroger sur la lecture qu'a faite le Dr B.\_\_\_\_\_ des différents rapports au dossier de l'OAI. Sur le vu de l'ensemble de ces considérations, l'opinion minoritaire du Dr B.\_\_\_\_\_ ne peut non plus être retenue.

**cc)** Dès lors que l'appréciation des médecins traitants ne permet pas de prendre clairement position quant à l'évolution de la situation depuis la précédente décision du 11 août 2008 (cf. consid. 8a/aa supra), et attendu que les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies (cf. consid. 8a/bb supra), il apparaît en définitive que, sous l'angle médical, le dossier n'est pas suffisamment instruit pour que l'on puisse statuer en toute connaissance de cause. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une expertise médicale, telle que voulue par l'OAI, s'avérait justifiée.

Tout au plus y a-t-il lieu d'ajouter que si, sur le plan économique, les informations recueillies par l'OAI au cours de la procédure de révision ont permis de mettre en évidence que l'estimation des heures de travail facturées par le recourant indiquait un taux d'activité effectif se rapprochant de 50% (cf. fiche d'examen du dossier d'un indépendant du 10 décembre 2010), il n'en demeure pas moins que cet élément ne saurait à lui seul remplacer les constatations objectives d'un expert médical neutre quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré, litigieuse dans le cadre de la présente procédure.

**b)** Reste à examiner si les autres conditions posées par l'art. 43 al. 3 LPGA sont réalisées en l'occurrence.

**aa)** C'est ici le lieu de relever que l'assuré a refusé de se soumettre à l'expertise préconisée par l'OAI, en faisant essentiellement valoir qu'il était suivi par d'éminents médecins et qu'il n'était donc pas nécessaire de s'adresser à d'autres spécialistes (cf. écrit du 7 juillet 2010, note d'entretien téléphonique du 10 août 2010, et mémoire de recours du 23 mai 2011 pp. 4 et 6). De leur côté, les médecins traitants du recourant ont appuyé son refus en se prévalant de leurs qualifications ainsi que des postes occupés par certains d'entre eux auprès de la Faculté de médecine et de biologie de l'Université de [...] (cf. attestation du 21 mars 2011).

Le recourant ne saurait toutefois se retrancher derrière les qualifications de ses médecins traitants pour s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans la mesure où les avis médicaux

rédigés en commun par ces médecins ne mettaient pas en perspective les différentes atteintes à la santé du recourant, leur influence respective sur la capacité de travail, l'influence précise de la médication ou encore les perspectives thérapeutiques, ces documents ne permettaient pas, quelles que fussent les compétences et la renommée de leurs auteurs, de trancher de manière objective et convaincante la question du droit à la rente (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a). Si la provenance peut constituer un facteur permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul le contenu matériel desdits rapports permet en définitive de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2 et I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Par ailleurs, il convient de tenir compte de la divergence – consacrée par la jurisprudence (cf. ATF 124 I 170 consid. 4) – entre le mandat thérapeutique exercé par le médecin traitant et le rôle de l'expert, qui consiste justement à apporter un regard neutre, non influencé par la relation de confiance qui unit généralement le médecin traitant et son patient (cf. TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). A cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que le fait pour un assureur social de confier la réalisation d'une expertise à un expert indépendant, ou à une institution d'expertises ne constituait pas un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3).

Par conséquent, c'est de manière inexcusable que l'assuré s'est opposé à l'expertise prévue par l'OAI auprès du COMAI de [...], expertise dont rien n'indique au demeurant qu'elle n'était pas exigible de la part de l'assuré.

**bb)** L'OAI a informé l'assuré par courriers des 9 et 17 juin 2010 de la mise en œuvre d'une expertise médicale. Au cours d'un entretien téléphonique du 5 juillet 2010, l'intimé a signifié à l'intéressé qu'il ne pouvait refuser ladite expertise mais qu'il lui demeurait loisible, une fois connus les noms des experts, d'entamer une procédure de récusation. Face aux réticences du recourant, l'office lui a ensuite écrit le 6 août 2010 pour lui enjoindre de se soumettre à l'expertise en question, l'avertissant qu'en cas de défaut de présentation, il serait statué en l'état du dossier, ce

qui aurait pour conséquence le maintien de la demi-rente. Puis, le 17 février 2011, l'office a communiqué à l'assuré un projet de décision tout en attirant son attention sur le fait qu'il s'avérait nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire afin de statuer en toute objectivité, que l'intéressé disposait à cet effet d'un délai de 30 jours pour revenir sur son refus de se plier à une telle mesure, et que sans nouvelle de sa part, le droit à la demi-rente serait maintenu sans autre instruction. L'OAI a réitéré cet avertissement aux termes de la décision litigieuse du 19 avril 2011.

Il ressort de ce qui précède que, sur le plan procédural, l'attitude de l'intimé échappe à la critique. En particulier, compte tenu de l'avertissement et du délai de réflexion figurant dans le projet de décision du 17 février 2011, force est d'admettre que l'OAI a respecté les exigences formelles découlant de l'art. 43 al. 3 LPGA.

**c)** En définitive, il s'avère que le dossier n'est pas suffisamment instruit pour permettre de statuer en connaissance de cause en l'absence du complément d'instruction prévu par l'OAI sous forme d'expertise médicale (cf. consid. 8a supra). Aussi ne permet-il pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence ou non d'une modification notable des circonstances propre à influencer la capacité de travail et de gain de l'assuré, singulièrement à justifier la révision du droit à la rente de l'intéressé. Le recourant ayant refusé de se soumettre à ladite expertise de manière inexcusable (cf. consid. 8b/aa supra) bien que dûment averti (cf. consid. 8b/bb supra), il s'ensuit que, conformément à la jurisprudence exposée au considérant 6c ci-avant, la Cour de céans ne peut que confirmer, en l'état du dossier, le maintien de la demi-rente d'invalidité allouée au recourant.

**9. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** 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 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christine Raptis (pour le recourant),
- 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 :