

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juillet 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

S._____, à Nyon, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, marié et père de trois enfants aujourd'hui adultes, originaire du Kosovo, domicilié en Suisse sans interruption depuis 1986, au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C), a effectué une formation dans l'hôtellerie et a travaillé dans ce domaine avant de se retrouver au chômage, dès le 1^{er} septembre 2002.

b) Le 22 juin 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en raison de hernies ombilicales, d'hémorroïdes et de calculs de la vésicule biliaire. Il a ajouté présenter une très grande fatigue due aux médicaments qu'il prenait, un manque de rapidité dans l'exercice de sa profession, des problèmes de mémoire, des problèmes aux jambes (rétention d'eau), des douleurs de l'abdomen et des douleurs dorsales.

Les deux derniers employeurs de l'assuré, chez qui ce dernier avait travaillé quelques mois en 2001 et 2002, n'ont constaté aucun problème de santé (cf. rapports employeur des 3 août et 7 septembre 2004).

Dans un rapport du 31 décembre 2004 à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office ou l'intimé), le Dr C. _____, médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome métabolique probable, incomplet (pas de diabète), avec intolérance aux « HDC » et intolérance subjective aux traitements médicamenteux, présent depuis 2000, de hernies récidivantes de la ligne blanche opérées cinq fois (éventration et hernie ombilicale), présentes depuis 1989 et de varices modérées du membre inférieur droit, présentes depuis 1998. Il a retenu, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un possible syndrome des apnées du sommeil (ci-après : SAS), un status après cholécystectomie pour lithiase et un passé d'éthylisme chronique. Il a

retenu que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible, mais que ce dernier pouvait exercer une activité sans port de charges ni augmentation de la pression intra-abdominale et si possible pas constamment debout. Une telle activité pouvait être exercée 8 à 9h par jour, avec une diminution de rendement de 20 à 30 %.

c) Le 18 octobre 2005, l'assuré a été soumis à un examen clinique bidisciplinaire psychiatrique et somatique au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui a rendu un rapport le 10 novembre suivant. Les Drs D._____, spécialiste en chirurgie, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, y ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de diastasis des droits sus-ombilical, status après cholécystectomie laparoscopique et 5 interventions pour hernies abdominales récidivantes et suspicion de SAS, mais aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Ils ont mentionné les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité, d'hypertension artérielle traitée, hypercholestérolémie et diabète anamnestique, de status après cure de varices du membre inférieur droit et de possible état dépressif, sans précision, masqué (F 32.8). En raison de la fragilité relative de la paroi abdominale, l'assuré ne devait pas porter ou soulever de manière répétée des charges de plus de 6-8kg. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. La capacité de travail exigible était impossible à évaluer en l'absence d'un diagnostic de certitude d'un SAS. A l'exception de ce dernier, il n'y avait pas d'incapacité de travail de longue durée.

Ensuite d'examens complémentaires concernant le SAS, le SMR a rendu un avis médical le 17 mars 2006, retenant ce qui suit :

« [...] il s'avère que M. S._____ présente un syndrome des apnées du sommeil sévère, avec un très probable syndrome des jambes sans repos. Cette dernière pathologie sera à réévaluer lorsque le SAS (syndrome des apnées du sommeil) sera traité.

Appréciation :

Un SAS si important peut générer un certain nombre de pathologies qui ont valeur d'invalidité, dont en particulier une fatigue extrême. Cette pathologie peut être très efficacement traitée par l'utilisation d'un C-PAP [ventilation en pression

positive continue]. On peut médicalement et juridiquement exiger que l'assuré se soigne afin d'améliorer sa capacité de travail. [...] »

L'OAI a écrit dans ce sens au Dr C. _____ le 24 mars 2006, lui indiquant qu'il s'adresserait à nouveau à lui sous trois mois, afin de s'informer de l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Dans l'intervalle, l'assuré a à nouveau déposé une demande de prestations, en avril 2006, soit une copie de la première demande.

d) Le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a rédigé, le 5 septembre 2006, à l'intention du Dr C. _____, le rapport suivant :

« J'ai vu votre patient susmentionné le 30 août 2006 pour contrôler l'efficacité de son traitement par CPAP.

Monsieur S. _____ met son appareil chaque nuit en moyenne 6 heures par nuit et l'efficacité du traitement au niveau de la persistance des apnées est très bonne puisqu'il n'y a quasiment plus d'événements respiratoires anormaux sur le rapport d'utilisation du CPAP. Cependant, malgré sa constance dans le traitement, le patient dit ne ressentir strictement aucun bénéfice sur les symptômes diurnes. En effet, il se réveille fatigué, est asthénique pendant toute la journée et ressent toujours des impressions difficilement définissables mais qui ressemblent à une oppression au niveau de la tête à un sentiment de vertige. Il n'est pas actuellement possible d'expliquer ses symptômes par son syndrome des apnées obstructives du sommeil.
[...]

En ce qui concerne le syndrome des apnées obstructives du sommeil, étant donné la tolérance et l'efficacité du traitement, un contrôle annuel est suffisant.
[...] »

e) Le Dr C. _____ a rempli un questionnaire de l'OAI le 19 février 2007. ajoutant aux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail précédemment retenus un SAS avéré et des troubles visuels variés sans substrat ophtalmologiques. Au sujet de la capacité de travail et du rendement, il a renvoyé à son rapport du 31 décembre 2004. A la question du genre d'activité envisageable, il a répondu « chauffeur privé ??? » et à la question de la mesure dans laquelle cette activité pouvait être exercée, il a répondu : « 4 heures ? ». Il proposait donc l'exercice de cette activité, au taux d'environ 60 %, « dès que possible ».

f) Le SMR a rendu un rapport médical le 13 juin 2007, retenant comme atteinte principale à la santé un « diastasis des muscles droits sus-ombilical, chez status après cholestérolémie laparoscopique et 5 interventions pour hernie abdominales récidivantes ». Considérant notamment que ces atteintes n'avaient par d'influence sur la capacité de travail et que le SAS avait été traité avec succès, le SMR a estimé que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle, pour autant que soient respectées les limitations fonctionnelles, à savoir port ou soulèvement répété de charges au-delà de 6 à 8kg.

g) Le 19 juin 2007, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus du droit à des prestations. L'assuré s'est opposé au projet de décision par courrier du 16 juillet 2007, avançant en substance que les diverses atteintes dont il souffrait (multiples opérations, troubles de la vue, fatigue extrême et autres) ne lui permettait pas de travailler dans le domaine de la restauration, pas plus qu'en tant que chauffeur privé. Le SMR a considéré, dans un avis du 16 janvier 2008, que l'assuré n'amenait pas d'arguments susceptibles de modifier sa position. Il a entre autre ajouté que la presbytie dont il était atteint était compatible avec l'âge, donc non invalidante.

h) L'assuré a envoyé à l'OAI un certain nombre de documents (par courrier daté du 28 avril 2008, mais indexé le 15 avril 2008 par l'OAI), dont un rapport médical du Dr C._____, établi le 15 avril 2008, mentionnant que la tension artérielle de l'assuré paraissait extrêmement labile et qu'il avait des malaises, avec parfois des troubles transitoires de la vue (perte de la vision quelques minutes).

i) Le 22 avril 2008, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations, qui est entrée en force.

B. a) Le 20 mai 2010, l'assuré a indiqué à l'OAI que son état de santé s'était dégradé. Il a demandé à l'Office de faire parvenir au Dr C._____ les documents usuels pour déposer une nouvelle demande.

L'OAI a indiqué à l'assuré, le 25 mai 2010, qu'il considérait le courrier précité comme une nouvelle demande, précisant notamment que cette dernière ne pourrait être examinée que s'il était établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

b) Le Dr C. _____ a rédigé un rapport médical à l'intention de l'OAI le 6 septembre 2010, accompagné de rapports de plusieurs autres médecins. Il a retenu les diagnostics suivants :

- « 1) Syndrome métabolique avec HTA [hypertension artérielle], goutte, obésité, intolérance aux HDC, dyslipidémie et SAS
- 2) Brûlures des pieds d'origine polyneuropathique (cf. lettre de la Dresse R. [...] en annexe)
- 3) Echec des tentatives de traitement du SAS par C-PAP, éléments ORL probablement importants dans la ronchopathie (cf. lettre du Dr [...])
- 4) Stéatose hépatique sans signe certain d'abus OH (CDT normales !) (évolution vers un NASH ?)
- 5) Insuffisance veineuse et surtout lymphatique des MI [membres inférieurs].
- 6) Status après multiples chirurgies abdominales pour lithiase vésiculaire (cholécystectomie le 16.6.2000) et hernies ombilicale et de la ligne blanche (cinq opérations pour éventrations et hernie ombilicale)
- 7) Ancien abus éthylique, improbable actuellement (CDT normales)
- 8) Méralgie paresthésique gauche. »

Il a encore précisé notamment ce qui suit :

« Nouveau degré d'incapacité de travail : Même dans une profession légère (... et laquelle, en fait ??), je pense que la capacité de travail ne dépasse pas 30-35 %.

Pronostic : Mauvais, pour les raisons suivantes : L'ensemble de ces éléments rend le travail pénible, voire impossible et le patient se dit incapable de fournir un travail régulier dans sa profession de sommelier, se contentant de servir lors d'"extra" occasionnels. [...] »

c) Dans un avis du 1^{er} octobre 2010, le SMR a considéré que le Dr C. _____ n'apportait pas les éléments médicaux nouveaux permettant d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

L'OAI a ainsi rendu, le 5 octobre 2010, un projet de décision de refus d'entrer en matière, qu'il a confirmé par décision formelle du 18 novembre 2010, entrée en force.

C. a) Le 13 février 2012, l'assuré a rempli un formulaire de détection précoce de l'OAI. Il y a indiqué avoir été engagé comme serveur à 40 % dès le 1^{er} juin 2011, mais être en incapacité de travail à 100 % depuis le 28 juin 2011, en raison de « vertiges, tension trop haute, crise pancréatique, opération glande thyroïde, diabète, hernie ombilicale ». L'assuré a annexé au formulaire un certain nombre de certificats médicaux, dont il ressort qu'il avait été en incapacité de travail totale du 28 juin 2011 au 8 juillet 2011 et du 1^{er} août 2011 au 31 décembre 2011 (cf. notamment certificats des Drs R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré et M._____, médecin assistant). Le dernier certificat médical mentionnait encore une incapacité entière du 1^{er} au 28 février 2012.

b) D'un rapport initial rédigé par l'OAI à la suite d'un entretien avec l'assuré ayant eu lieu le 6 mars 2012, on extrait ce qui suit :

« M. S._____ a déposé sa 1^{ère} demande à l'AI en 2004, refusée par décision du 22 avril 2008 (pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI). Par la suite, il a déposé une seconde demande qui a été refusée en 2010 refus d'entrer en matière. M. S._____ m'informe que son état de santé s'est fortement aggravé depuis le mois de juin 2011. Il a ressenti des problèmes d'équilibre et des malaises qui ont justifié une hospitalisation d'une semaine à l'Hôpital [...]. Puis en août 2011, M. S._____ a été à nouveau hospitalisé durant 1 mois et demi aux soins intensifs de l'Hôpital [...]. Les médecins ont descellés un problème au pancréas ainsi que des problèmes à la thyroïde. Par la suite, les médecins ont découvert que notre assuré était diabétique ce qui a justifié la prise journalière d'insuline ainsi qu'une hospitalisation de 4 jours en janvier 2012 auprès de l'hôpital [...].

[...]

Bien que nous n'ayons aucune preuve objective d'une aggravation de son état de santé, nous estimons qu'une demande AI est justifiée. En effet, suite à des problèmes de pancréas et de diabète, notre assuré a été hospitalisé à trois reprises en 2011.

Dès lors, il est nécessaire de reprendre l'instruction du dossier afin de vérifier si l'exercice de sa profession habituelle de serveur est toujours exigible.

S'estimant totalement incapable de suivre des mesures actuellement, nous proposons d'orienter ce dossier en instruction rente. »

D. a) S._____ a ainsi déposé une nouvelle demande le 17 mars 2012. Il y a notamment indiqué avoir travaillé comme serveur, aux taux de 20 % du 1^{er} janvier 2009 au 28 février 2010, 30 % du 1^{er} mars 2010 au 31 mai 2011 et 40 % dès le 1^{er} juin 2011.

b) Le Dr R. _____ a rempli un questionnaire de l'OAI le 20 avril 2012. Il y a retenu les diagnostics de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de goutte, d'anémie régénérative normocytaire monochrome et de récurrence d'hernie de la paroi abdominale. Il a précisé notamment ce qui suit :

« M. S. _____ a révélé un diabète de type 2 entre décembre et janvier de cet année. Cette mauvaise évolution s'inscrit dans le cadre d'une année 2011 riche en événements médicaux avec une hypercalcémie sur hyperparathyroïdisme primaire opéré en 12.2011 ainsi qu'une pancréatite sévère en juillet 2011.

L'état général du patient a été précaire depuis le printemps passé, avec une polyopathie, de multiples hospitalisations et interventions chirurgicales qui ont amené à une baisse claire de l'aptitude physique et un déconditionnement, accompagné de fatigue et découragement.

Les glycémies semblent correctes, avec un HbA1c en amélioration avec le traitement actuel. Le patient se montre compliant avec son traitement et son régime alimentaire.

M. S. _____ suit un programme de rééducation à J. _____ ([...]). »

Le Dr R. _____ a retenu une incapacité de travail de 100 % du 14 juin 2011 au 30 avril 2012. Selon lui, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, mais au sujet de la date et du degré, il a répondu : « A voir selon évolution ». Du point de vue médical, une rééducation professionnelle n'était pas envisageable. Les activités suivantes n'étaient plus exigibles : activités uniquement en position assise ; activités uniquement en position debout ; activités exercées principalement en marchant ; se pencher ; travailler avec les bras au-dessus de la tête ; accroupi ; à genoux ; rotation en position assise/en position debout ; soulever/porter ; monter sur une échelle/un échafaudage. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étaient limitées.

Le Dr R. _____ a joint à son rapport notamment les documents médicaux suivants :

- Un rapport établi le 18 octobre 2011 par le V.____ (ci-après : V.____), attestant un séjour dans le service des soins intensifs du 1^{er} août 2011 au 12 septembre 2011 et posant le diagnostic principal de pancréatite sévère sur consommation d'alcool et hypercalcémie avec choc vasoplégique secondaire, et les diagnostics secondaires d'insuffisance rénale aiguë stade RIFLE R, d'étiologie pré-rénale, de fibrillation auriculaire de diagnostic initial, hémodynamiquement instable, d'acidose métabolique d'origine mixte, de diabète secondaire à la pancréatite, d'insuffisance respiratoire partielle d'origine multifactorielle, d'hypercalcémie sur probable hyperparathyroïdie primaire, de sepsis urinaire à *Morganella morganii*, de globe vésical sur infection urinaire et probable hypertrophie de la prostate, de bactériémie à *Staphylococcus epidermis* MRSE et de consommation éthylique à risque.
- Un rapport du V.____ du 9 janvier 2012 attestant un séjour dans le service de médecine du 3 novembre 2011 au 9 novembre 2011 et posant le diagnostic principal d'hypercalcémie symptomatique (hyperparathyroïdie primaire). Les diagnostics secondaires mentionnés sont une perte pondérale d'origine multifactorielle : inappétence dans le contexte de l'hypercalcémie et suspicion d'insuffisance pancréatique exocrine, une hyperplasie bénigne de la prostate probable : status après rétention urinaire aigue (2011) et une anémie normochrome normocytaire d'origine multifactorielle. Le rapport précise notamment ce qui suit :

« Monsieur S.____ présente une perte pondérale significative depuis 1 mois (5 kg), dans un contexte de diminution des apports, et relation avec une inappétence secondaire à l'hypercalcémie, et d'une possible insuffisance pancréatique exocrine, suggérée par la description des selles du patient. Nous n'avons pas investigué au-delà cette hypothèse, et le patient a bénéficié d'une consultation diététique. Nous vous proposons de suivre l'évolution du poids du patient après correction de l'hypercalcémie, et de compléter le bilan en cas de perte pondérale persistante. »

c) Selon un rapport médical du 11 juin 2012 à l'intention de l'OAI, l'assuré a été traité de manière ambulatoire par le Dr Q.____ à la Clinique J.____ du 5 mars 2012 au 11 juin 2012 pour un diabète probablement secondaire à la pancréatite, existant depuis février 2012.

Concernant l'exigibilité de l'activité exercée, le Dr Q._____ a déclaré que la problématique était « ailleurs que son diabète ». Le rendement était réduit.

d) Dans un avis médical du 19 juillet 2012, le SMR a retenu que la pancréatite était une aggravation temporaire de l'état de santé. Il n'y avait plus d'incapacité de travail à partir du 1^{er} mai 2012.

e) Le 9 août 2012, L'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité, dont on extrait ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Le 03.04.2012, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Vous exercez l'activité de serveur dans la restauration.

En raison de votre atteinte à la santé et au vu des éléments médicaux en notre possession, votre incapacité de travail a été reconnue comme entière du 14.06.2011 au 30.04.2012 dans toute activité.

Depuis le 01.05.2012, le Service médical régional de l'AI considère que vous avez retrouvé une pleine capacité de travail dans votre activité habituelle, du moment qu'elle tient compte de vos limitations fonctionnelles (port ou soulèvement de charges de plus de 6-8 kg).

Vu l'évolution favorable de votre état de santé, cette aggravation est considérée comme temporaire et donc non invalidante au sens de l'article 28, alinéa 1, LAI précité. »

E. L'OAI a rendu une décision formelle identique au projet précité le 26 septembre 2012.

F. S._____ a recouru contre la décision précitée le 22 octobre 2012. Il a joint à son recours une copie du courrier envoyé le même jour à l'OAI, dont il ressort qu'il conclut en substance à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 14 juin 2012. Il a indiqué avoir été autorisé à travailler à 20 % depuis le 17 septembre 2012. Il a également joint à son recours des certificats médicaux du Dr R._____ attestant une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} mai 2012 au 16 septembre 2012, puis à 80 % du 17 septembre au 31 octobre 2012.

Dans sa réponse du 17 décembre 2012, l'OAI a proposé le rejet du recourant, se fondant sur l'avis médical du SMR du 19 juillet 2012.

Dans sa réplique du 25 janvier 2013, le recourant reproche à l'OAI d'avoir pris une décision sans qu'une expertise médicale n'ait été effectuée et sans tenir compte de l'évolution de son état de santé. En effet, il avait été hospitalisé en juin 2012 à l'Hôpital [...], avait subi un drainage le 21 décembre 2012 au CHUV, où il était actuellement hospitalisé depuis le 5 janvier.

L'OAI a confirmé sa position par réplique du 25 février 2013.

Le recourant a produit, par courrier du 22 avril 2013, un rapport médical non daté du CHUV, attestant une hospitalisation du 5 janvier 2013 au 29 janvier 2013. Le diagnostic principal était celui de pseudokyste pancréatique surinfecté. Sous « diagnostic(s) secondaires/comorbidité(s) active(s) », le CHUV a mentionné une apnée du sommeil non-appareillée, une dyslipidémie, une hypertension artérielle, une arthropathie microcristalline et un diabète insulino-requérant. L'incapacité de travail était de 100 % du 5 janvier au 15 février 2013. Le recourant a également produit plusieurs certificats médicaux du Dr R. _____ attestant une incapacité de travail de 80 % du 1^{er} novembre au 31 décembre 2012, de 100 % du 12 février au 31 mars 2013, et à nouveau de 80 % du 1^{er} au 30 avril 2013.

Consulté pour appréciation des nouveaux rapports médicaux produits, le SMR, par avis médical du 8 mai 2013, a considéré que l'hospitalisation au CHUV constituait un fait nouveau. Elle justifiait une incapacité totale de travail dès le 5 janvier 2013, pour une durée indéterminée. Cette incapacité était postérieure à la décision attaquée et ne devait par conséquent pas être prise en compte dans la présente affaire.

L'OAI s'est rallié à cet avis par écriture du 21 mai 2013.

Par courrier du 24 mai 2013, le recourant a produit un rapport médical du CHUV indiquant qu'il avait été hospitalisé du 5 au 10 mai 2013 en raison d'une récurrence d'éventration de la ligne médiane au niveau sus-ombilical. L'évolution était favorable et l'incapacité de travail liée portait sur la période du 5 mai au 5 juin 2013.

A nouveau consulté, le SMR a rendu un avis médical le 4 juin 2013, relevant d'une part que l'évolution post-opératoire immédiate avait été qualifiée de favorable et d'autre part que cet événement était postérieur à la décision querellée. L'OAI s'est rallié à cet avis par courrier du 11 juin 2013.

Le recourant a confirmé sa position par écriture du 12 juin 2013. Il a produit, le 26 juin 2013, une dernière pièce, soit un protocole opératoire du CHUV établi le 27 mai 2013, concernant l'opération du 6 mai 2013 en rapport avec la récurrence d'éventration précitée.

L'OAI a confirmé sa position par écriture du 25 juillet 2013. Le recourant a fait de même dans une ultime écriture du 18 août 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et

des autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

4. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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 (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

b) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de

prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références ; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

5. Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

6. a) Dans la mesure où une première décision de refus de prestations a été rendue par l'OAI et conformément à l'art. 17 LPGA (cf. supra consid. 4), il s'agit d'examiner si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable depuis lors. Pour ce faire, il convient de comparer l'évolution de sa situation médicale entre le 22 avril 2008, date de la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits et une appréciation des preuves conforme au droit, et le 26 septembre 2012, date de la décision litigieuse.

b) Concernant en premier lieu le diagnostic de hernies ombilicales et de la ligne blanche et les récurrences d'éventration, il y a lieu de noter que ces atteintes ont déjà fait l'objet d'une instruction par l'OAI à l'occasion de la première demande de prestations du recourant. Sur avis

du SMR, l'OAI a retenu en définitive, dans sa décision du 22 avril 2008, que ces atteintes n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail, pour autant que les limitations fonctionnelles (port ou soulèvement répété de charges au-delà de 6-8kg) soient respectées. La décision est entrée en force, en l'absence de recours à son encontre. Le recourant a par la suite été hospitalisé en raison d'une récurrence d'éventration de la ligne médiane au niveau sus-ombilical, du 5 au 10 mai 2013. Entre la décision du 22 avril 2008 et cette dernière hospitalisation, il n'est fait mention par les divers médecins du recourant d'aucune incapacité de travail liée à cette atteinte. Le Dr R. _____, médecin traitant du recourant à la suite du Dr C. _____, n'a jamais mentionné cette atteinte comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Le CHUV, dans son rapport du 10 mai 2013, a indiqué à propos de la dernière récurrence, que l'évolution post-opératoire était favorable et a attesté d'une incapacité de travail d'un mois. Ainsi, il ressort de ce rapport que l'atteinte à la santé du recourant était passagère et n'a pas entraîné d'incapacité de travail durable. Quand bien même il en irait autrement, l'aggravation est alors intervenue après la décision attaquée et devrait faire l'objet d'une nouvelle demande.

Le SAS et les troubles de la vue avaient également fait l'objet d'une évaluation par l'OAI à l'occasion de la première demande de prestations. Ses atteintes ont alors été considérées comme non-invalidantes au sens de l'AI. Il n'y a pas au dossier de rapports ou certificats médicaux attestant d'une influence de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant, voire d'aggravation, ensuite de la première décision de refus de rente. Il en va de même de l'hypertension artérielle, qui est traitée, comme l'indique le rapport du V. _____ du 9 janvier 2012, sans que ne lui soit attachée une incapacité de travail ou une réduction du rendement. Il conviendra pour le recourant de déposer une nouvelle demande de prestations si l'une de ces atteintes venait à s'aggraver de manière durable et avec influence sur sa capacité de travail.

c) En ce qui concerne l'atteinte au pancréas, il convient de relever que le recourant l'a mentionnée pour la première fois dans le formulaire de détection précoce de l'OAI le 13 février 2012. L'Office a

estimé qu'il était nécessaire de reprendre l'instruction pour cette raison. Le recourant a dû être hospitalisé en 2011 en raison d'une pancréatite sévère. Il a également dû être opéré en raison d'une hypercalcémie et a dû être suivi pour un diabète. En raison de ces multiples atteintes, le Dr R._____ a retenu une incapacité de travail totale du 14 juin 2011 au 30 avril 2012. Concernant la reprise d'une activité professionnelle, il a indiqué « à voir selon évolution » (cf. questionnaire du 20 avril 2012). Par la suite, le Dr R._____ a attesté de plusieurs périodes d'incapacité de travail, sans plus de précision sur les raisons de ces incapacités, ni sur l'évolution de l'atteinte pancréatique (cf. certificats médicaux joints au recours). Dans son rapport du 9 janvier 2012, le V._____ a mentionné une possible insuffisance pancréatique exocrine. Quant au diabète, le Dr Q._____ a estimé qu'il était probablement secondaire à la pancréatite, mais que l'exigibilité ou non de l'activité exercée n'était pas à mettre en lien avec le diabète. Le recourant a ensuite été hospitalisé en raison d'un pseudokyste pancréatique surinfecté, en janvier 2013.

Bien que le Dr R._____ ait précisé qu'il faudrait estimer la capacité de travail en fonction de l'évolution de l'état de santé du recourant, l'OAI est parti du principe que l'incapacité de travail liée à la pancréatite sévère opérée en 2011 ne devait être considérée que comme une aggravation passagère de l'état de santé, n'ayant plus de répercussions sur la capacité de travail au-delà du 1^{er} mai 2012, et qu'ainsi, l'atteinte ayant entraîné l'hospitalisation de janvier 2013 - dont la gravité a été reconnue par le SMR (cf. avis médical du 8 mai 2013) - devait être considérée comme une nouvelle atteinte. L'OAI ne peut être suivi dans son raisonnement. En effet, les documents au dossier ne permettent pas de savoir quelle a été l'évolution de l'atteinte au pancréas depuis le 1^{er} mai 2012, ce bien que le médecin traitant ait attesté d'incapacités de travail au-delà. Il n'est dès lors pas exclu que l'atteinte déjà présente en 2011 ait perduré jusqu'en 2013, ne permettant pas au recourant de recouvrer une pleine capacité de travail entre deux.

Dès lors que l'OAI n'a pas instruit sur ce plan, il lui incombe de le faire (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210). L'Office devra ainsi

notamment interroger à nouveau le Dr R._____, ainsi que le CHUV, sur l'évolution de l'état de santé du recourant dès le 1^{er} mai 2012, en particulier en relation avec l'atteinte au pancréas, mais également en lien avec les éventuelles autres atteintes à la santé, telles que l'hypercalcémie ou le diabète, et mettre en œuvre toute autre mesure d'instruction nécessaire.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

8. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurance est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ils doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 26 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- S. _____,
- 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 :