

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2014

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     Mmes    Thalmann et Dessaux  
Greffière     :     Mme     Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

**U.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 29 al. 2 Cst, 43 al. 3 LPGA, 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 1959, maçon-coffreur de profession, a déposé le 28 avril 1998 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué être en incapacité de travail totale pour cause de maladie depuis le 28 janvier 1998, et se référant pour le surplus à des rapports médicaux. Le premier de ces rapports, du 11 novembre 1997, rédigé par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, faisait état d'une sarcoïdose de stade I à II, de comorbidités de tachycardie sinusale idiopathique et d'une suspicion de maladie de Bechterew. Le second rapport, du 25 février 1998, établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ (ci-après : A.\_\_\_\_\_), indiquait une probable sarcoïdose de stade I, des talalgies dans le contexte de troubles statiques et des rachialgies diffuses.

Dans un rapport du 26 mai 1998, le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré et spécialiste en médecine interne générale, en allergologie et immunologie clinique, a notamment confirmé les diagnostics précités tout en mentionnant l'existence de cervico-brachialgies droites, et en indiquant que l'intéressé pouvait travailler pour autant que l'effort physique fût modéré.

Du 31 janvier au 10 mars 2000, l'assuré a effectué un stage d'observation au Centre de formation professionnelle (I.\_\_\_\_\_) de [...], qu'il a dû interrompre prématurément pour raisons médicales, le directeur du centre ayant en outre relevé que l'intéressé rencontrait des difficultés insurmontables en théorie et que ses aptitudes pratiques étaient faibles.

Le Dr O.\_\_\_\_\_ a complété ses observations par écrit du 23 mai 2000, relevant chez l'assuré une péjoration de la dyspnée, une

diminution des capacités physiques, ainsi qu'une lithiase urinaire symptomatologique depuis mars 2000 ; il a joint à ses lignes un rapport du 20 octobre 1997 du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, objectivant des douleurs de la colonne cervicale imputables à une hernie discale C5-C6, ainsi que des douleurs de la colonne dorsale et de la colonne lombaire.

L'OAI s'est adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport le 10 septembre 2000, diagnostiquant un trouble somatoforme indifférencié, une sarcoïdose (dyspnée d'effort) ainsi que des difficultés socio-économiques. L'expert a relevé l'absence d'état dépressif ou de trouble anxieux, et a observé qu'aucune comorbidité psychiatrique notable n'était associée au trouble somatoforme indifférencié, ce qui signifiait que les douleurs n'étaient pas intenses au point d'engendrer une atteinte émotionnelle. Il a dès lors considéré qu'il n'y avait jamais eu de réduction de la capacité de travail d'un point de vue psychique, et que l'assuré pouvait entreprendre n'importe quel reclassement professionnel adapté à ses problèmes respiratoires en fonction de ses compétences professionnelles.

L'OAI s'est par ailleurs adressé à la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 28 septembre 2000, cette dernière a posé les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire de stade I-II à confirmer, de syndrome douloureux chronique (avec rachialgies à prédominance cervico-dorsale, brachialgie droite, gonalgies et une talalgie inférieure bilatérale sur fasciite plantaire chronique des deux pieds), d'hernie discale molle C5-C6 para-médiane droite (IRM du 16 juillet 1996) asymptomatique, de lithiases urétérales droites et de stéatose hépatique. Elle a notamment ajouté que l'expertise rhumatologique ne concluait pas à une incapacité de travail sur le plan ostéo-articulaire.

Dans un rapport d'expertise du 19 mars 2001, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a fait état d'une probable sarcoïdose de stade II depuis 1996, d'un syndrome

douloureux chronique avec rachialgies diffuses et talalgies depuis 1996, ainsi que d'un syndrome obstructif de degré sévère en décembre 2000 et de degré moyen depuis novembre 2000. Il a relevé que l'assuré avait une capacité de travail conservée sur le plan strictement pneumologique, dans une activité sédentaire en position assise ou debout, voire nécessitant quelques déplacements (marche lente), mais sans port de charges, ni exposition à des poussières ou à des agents irritants.

**b)** Dans un projet de décision du 30 janvier 2002, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande, au motif que le taux d'invalidité retenu (20,55%) était inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

L'intéressé s'est opposé à ce projet par acte du 14 mai 2002, appuyé par une lettre du Dr O. \_\_\_\_\_ du 7 février 2002, dans laquelle ce dernier affirmait que son patient était incapable d'effectuer une activité professionnelle quelle qu'elle fût.

Le 7 juin 2002, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour les motifs indiqués dans son projet de décision. Ce prononcé a été confirmé sur recours par le Tribunal cantonal des assurances dans un arrêt du 13 avril 2004, retenant toutefois un taux d'invalidité de 19,19% (cause AI 240/02 - 223/2004).

**B.**           **a)** Le 26 avril 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente.

Par courrier du 4 octobre 2005, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 10 novembre 2005 pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, par exemple par un certificat médical décrivant et précisant la date de l'aggravation. Le Dr O. \_\_\_\_\_ ayant fait savoir à l'OAI que son patient était actuellement examiné par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-adjoint à l'Hôpital psychiatrique de H. \_\_\_\_\_ et médecin traitant de l'assuré, et que ce spécialiste souhaitait une prolongation du délai imparti

jusqu'à fin janvier pour pouvoir établir un diagnostic précis, l'OAI a imparti un dernier délai à fin janvier 2005 [recte : 2006] au Dr O.\_\_\_\_\_ pour produire son rapport et celui du Dr X.\_\_\_\_\_.

Le 31 janvier 2006, le Dr O.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport du 27 janvier 2006 rédigé par le Dr X.\_\_\_\_\_, qui proposait, d'une part, qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique, et relevait, d'autre part, que les troubles somatiques présentés par son patient avaient induit une réaction défensive très marquée et un sentiment d'insécurité profond, symptômes assimilables à un état anxio-dépressif.

Le 22 février 2006, le Dr O.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport médical relevant, au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles respiratoires chroniques secondaires à une sarcoïdose probable stade II en 1996, des troubles dépressifs et anxieux, ainsi que des cervico-brachialgies et des douleurs ab-articulaires diffuses. Il était également souligné que le patient présentait une altération durable de sa santé sur les plans respiratoire, ostéo-articulaire et psychiatrique, et que le pronostic était défavorable.

A la requête de l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a relevé, dans un rapport du 14 mars 2006, que les nouveaux éléments médicaux versés au dossier n'attestaient pas d'une d'aggravation de l'état de santé physique ou psychique de l'intéressé.

**b)** Par décision du 11 avril 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, retenant que l'aggravation de ses pathologies n'était pas établie au vu des pièces médicales produites.

**c)** Par acte du 16 mai 2006 rédigé par son mandataire, l'intéressé s'est opposé à ce refus, alléguant que son état de santé s'était détérioré depuis l'arrêt sur recours du 13 avril 2004. Il a joint diverses pièces à son opposition, dont il ressortait notamment qu'il avait effectué

un stage du 6 février au 3 mars 2006 auprès de l'entreprise L.\_\_\_\_\_, que les tâches qui lui avaient été confiées avaient dû être restreintes en raison d'une forte gêne respiratoire, et « qu'un poste dans l'économie n'était pas envisageable [...]. Les tâches possibles étant trop limitées, seul un placement en atelier protégé pourrait être envisagé ».

Le 18 mai 2006, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical du 13 mai 2006 établi par le Dr X.\_\_\_\_\_. Ce praticien soulignait notamment que l'état de santé psychique de son patient s'était dégradé de manière invalidante depuis 2002, et que celui-ci présentait, d'une part, des symptômes dépressifs (se manifestant sous la forme de désespoir, d'aboulie, d'anhédonie, de manque d'entrain, de tonus et d'initiative, d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'une forme d'émoussement affectif, avec parfois l'expression d'idées noires, voire suicidaires), et, d'autre part, des symptômes anxieux. Ces derniers s'étaient amplifiés avec une tendance prononcée à l'expression d'une anxiété anticipatrice importante accompagnée de symptômes secondaires, comme une tension musculaire, des troubles du sommeil, des difficultés d'attention et de concentration, étant souligné que les pathologies respiratoires avaient tendance à accentuer l'expression du symptôme anxieux, dans la mesure où la dyspnée pouvait apparaître comme provenant des plaintes somatiques (sarcoïdose) et psychiques.

En date du 8 juin 2007, le Dr O.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un nouveau rapport, dans lequel il retenait les diagnostics suivants :

- « - Broncho-pneumopathie chronique obstructive de degré moyen de stade II selon Gold avec composante d'asthme avec composante allergique (hypersensibilité aux acariens de la poussière).
- Sarcoïdose pulmonaire de stade II.
- Syndrome d'apnées du sommeil, appareillées.
- Cervico-brachialgies droites sur probable syndrome radiculaire C8.
- Conflit sous acromial droit.
- Arthrose acromio-claviculaire droite.
- Hépatalgies et stéatose hépatique.

- Diabète de type II.
- Gastrite aspécifique.
- Probable trouble dépressif et anxieux.
- Status après ulcère bulbaire en 1995, 1996 et 1999.
- Status après lithiase urétérale droite en 2000 ».

Dans son écrit, le Dr O.\_\_\_\_\_ a notamment souligné que l'assuré présentait une détérioration progressive de ses troubles respiratoires, tant du point de vue clinique, que fonctionnel et radiologique. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé devait être fortement diminuée et qu'une nouvelle expertise médico-psychiatrique s'imposait.

Dans des observations complémentaires du 3 juillet 2007, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une des mesures de l'examen des fonctions pulmonaires, le VEMS (volume expiratoire maximum par seconde), avait diminué de 32% depuis 1996 et que cette progression était pathologique.

Dans un rapport du 28 septembre 2007, le Dr X.\_\_\_\_\_ a repris en substance ses précédentes constatations, tout soulignant une aggravation de l'état psychique de l'assuré sous la forme d'un effondrement anxio-dépressif progressif.

**d)** A la requête de l'OAI, le Centre d'expertise médicale [...] (ci-après : le Z.\_\_\_\_), par les Drs W.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie), G.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), R.\_\_\_\_\_ (spécialiste en pneumologie) et S.\_\_\_\_\_ (spécialiste en cardiologie), a procédé à une expertise pluridisciplinaire de l'assuré entre les 10 et 12 juin 2008, et a exposé ses conclusions dans un rapport du 11 septembre 2008, faisant notamment état de ce qui suit :

« [...]

VI. Synthèse et discussion

[...]

Situation actuelle:

Sur le plan ostéo-articulaire, on peut retenir plusieurs problématiques. Des cervico-brachialgies droites connues depuis un certain nombre d'années, une hernie discale ayant été décrite au niveau C5-C6 à droite, mais sans corrélation clinique et sans atteinte radiculaire nette. Des cervicalgies et les dorsalgies qui se sont chronicisées, et plutôt amplifiées depuis l'interruption de l'activité professionnelle.

De plus, l'assuré présente une douleur chronique de l'épaule droite attribuée tout d'abord à [...] une tendinopathie et à un conflit sous-acromial. D'après les derniers examens, il s'agit plus d'une arthrose débutante acromio-claviculaire, ce qui explique les douleurs en fin d'abduction et d'antépulsion, ainsi que la restriction de mobilité active et non passive. Il n'y a pas de lésion de la coiffe des rotateurs à l'IRM de 2007. Une tendinite du tendon sous-scapulaire est possible, mais en tous les cas sans rupture, puisque tous les tests contre résistance sont possibles. On a donc surtout une douleur sur arthrose acromio-claviculaire droite qui pourrait bénéficier d'une infiltration, mais dont le résultat est toutefois aléatoire, puisqu'un état douloureux chronique polyarticulaire s'est installé depuis 1998.

Ce tableau ostéo-articulaire ne justifie pas une incapacité de travail, pour autant que l'activité professionnelle soit adaptée : les charges portées par le membre supérieur droit ne devraient pas excéder trois à quatre kilos, et par les deux membres supérieurs ensemble, huit à dix kilos, Il faudrait également éviter le travail en hauteur, l'exposition au froid et les flexions antérieures fréquentes du tronc. Si ces conditions sont remplies, la capacité de travail est de 100%.

Sur le plan cardiologique, Monsieur T. \_\_\_\_\_ présente essentiellement des plaintes liées à un essoufflement au moindre effort. Au status, on observe une tachycardie sinusale au repos à 100 bpm, et une tachypnée à 20 bpm avec présence d'un wheezing inspiro-expiratoire diffus.

L'échocardiographie montre une fonction ventriculaire gauche globale et segmentaire normale, des cavités cardiaques de dimensions normales et l'absence de valvulopathie significative. On ne peut malheureusement pas évaluer la pression pulmonaire en l'absence de régurgitation tricuspидienne, mais il n'y a pas d'argument échocardiographique pour une hypertension artérielle pulmonaire sévère.

L'ergométrie a été menée jusqu'à 75W, ce qui correspond à une faible aptitude physique. L'examen est arrêté en raison d'un essoufflement, qui est marqué. On retrouve une tachycardie sinusale au repos, augmentant rapidement à l'effort.

Il n'y a pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle. En revanche, il existe une limitation fonctionnelle tout à fait évidente, remarquable par l'essoufflement survenant déjà à une charge de 75W, ce qui correspond à une activité physique légère, et par une tachycardie sinusale présente déjà au repos, se majorant rapidement à l'effort. La présence d'une  $VO_2$  max. estimé à 16 ml/kg/min. rend, à mon avis, l'activité professionnelle exercée inenvisageable.

Sur le plan pneumologique, le bilan effectué met en évidence une perturbation des échanges gazeux et un syndrome pulmonaire obstructif nécessitant un traitement inhalé bien dosé. Il n'y a pas d'argument pour un syndrome des apnées du sommeil pouvant contribuer à l'asthénie du patient. Par contre, il existe une tachycardie

de repos inexpliquée. Enfin, l'image pulmonaire interstitielle, associée aux adénopathies, pourrait correspondre à une sarcoïdose, bien que celle-ci n'ait jamais fait l'objet d'une preuve diagnostique. Au vu de l'aggravation du syndrome pulmonaire obstructif malgré le traitement inhalé, une bronchoscopie et une éventuelle nouvelle biopsie pulmonaire chirurgicale permettraient probablement de clarifier le diagnostic. Si la sarcoïdose pulmonaire pouvait être démontrée, une atteinte musculaire, cardiaque ou cérébrale devrait aussi être recherchée, dans l'idée d'expliquer certaines des plaintes.

Sur le plan psychique, l'assuré rapporte des idées noires, des ruminations, des angoisses somatiques, des hallucinations auditives, une fatigue importante, de la tristesse, une réduction de la capacité à éprouver du plaisir, des troubles du sommeil et une diminution de la libido. Spontanément, l'assuré n'exprime pas de plainte somatique, notamment pas de douleurs. Lorsqu'il est invité à le faire, il décrit des douleurs assez diffuses et permanentes.

A l'examen clinique, on observe surtout une certaine angoisse qui s'atténue au cours de l'entretien. Il n'y a pas de tristesse manifeste. L'assuré ne présente pas de trouble cognitif manifeste non plus, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, ni de fatigue. On n'observe pas de comportement algique, ni de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. En revanche, son esprit est assez focalisé sur les problèmes de santé physique.

Sur la base de ces éléments, nous retenons le diagnostic de possible syndrome somatoforme indifférencié. L'assuré n'exprime pas spontanément des douleurs. Les symptômes ne se limitent pas aux douleurs, mais sont plutôt focalisées sur d'autres atteintes somatiques, essentiellement respiratoires. Il n'y a pas non plus de démarche répétée en vue d'une prise en charge pour un traitement antalgique. A notre sens, ceci exclut un syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous émettons une réserve sur ce diagnostic parce que l'assuré souffre bel et bien d'affections somatiques documentées. L'assuré décrit une certaine restriction au niveau de son fonctionnement psychosocial, mais essentiellement par crainte du regard des autres, surtout d'être mal jugé au vu de son incapacité de travail. Toutefois, il ne souffre pas d'isolement social et il continue à côtoyer ses connaissances, notamment d'anciens collègues de travail.

L'assuré présente aussi un trouble mixte, anxieux et dépressif. Les troubles présentés par l'assuré n'atteignent pourtant pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif. A la limite, le diagnostic différentiel peut se poser avec une dysthymie secondaire à l'évolution chronique d'un trouble de l'adaptation.

Il n'y a pas d'élément psychopathologique manifeste. L'assuré a peu de capacité d'introspection et d'élaboration psychique. Toutefois, il peut mobiliser ses ressources personnelles en vue d'éviter un isolement social.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle en lien avec son status psychiatrique, les atteintes retenues n'étant pas sévères et, d'autre part, sujette à caution pour le trouble somatoforme indifférencié. Il n'y a pas non plus de tendance à la majoration, parce que l'on ne retrouve pas de comportement démonstratif. En revanche, l'assuré semble pris dans un processus de revendication. De plus, il vit une situation familiale très pénible.

D'un point de vue psychiatrique, l'assuré pourrait travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement. Il y a bien des limitations pour une réadaptation professionnelle, mais, malgré les échecs antérieurs successifs, on peut raisonnablement exiger de sa part un effort de volonté. Toutefois, en raison du déconditionnement important et des limitations dans ses capacités d'apprentissage, l'assuré doit être bien encadré.

A notre sens, la symptomatologie anxieuse et dépressive est réactionnelle à son incapacité de travail ou à son inactivité, plutôt que la cause éventuelle d'une incapacité de travail. Dans ce sens, l'aggravation du tableau clinique décrit par le Dr X. \_\_\_\_\_ est secondaire à la persistance des divers problèmes (incapacité de travail, difficultés familiales et sociales), plutôt que la cause de ces problèmes, pour ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription d'un antidépresseur n'est pas formellement indiquée, toutefois ce type de traitement a généralement un effet bénéfique sur la perception subjective de la douleur.

## VII. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

### A. Questions cliniques

[...]

#### 4. *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

##### 4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*

*Depuis quand sont-ils présents?*

- Syndrome pulmonaire obstructif de degré sévère, apparemment non réversible (2007).
- Tachycardie de repos inexplicquée (2008).
- Adénomégalie et pneumopathie interstitielle micronodulaire suggestives d'une sarcoïdose (1996), stables.

##### 4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*

*Depuis quand sont-ils présents?*

- Syndrome douloureux chronique depuis 1998.
- Douleur chronique de l'épaule droite sur arthrose acromioclaviculaire, depuis 1998.
- Trouble somatoforme indifférencié (F45.1) depuis 1998.
- Trouble mixte, anxieux et dépressif (F41.2) depuis 2000.

[...]

### B. Influences sur la capacité de travail

#### 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

*Sur le plan somatique*

Activité légère essentiellement sédentaire, sans port de charge de plus de 4 kg avec le membre supérieur droit, de 8-10 kg avec les deux membres supérieurs, pas de travail en hauteur avec les bras, pas de flexion antérieure répétée du tronc.

Le syndrome pulmonaire obstructif, en aggravation depuis 2007, rend impossible un travail lourd de maçon. De plus, la tachycardie contribue à la dyspnée et à la limitation des performances physiques.

*Sur le plan psychique et mental*

Aucune.

*Sur le plan social*

Aucune.

## 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?*

Le syndrome pulmonaire obstructif en aggravation par rapport à 2007 rend impossible un travail physique de maçon. De plus, la tachycardie contribue à la dyspnée et à la limitation physique.

### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Sur le plan pneumologique, des investigations complémentaires (pour la tachycardie de repos et la suspicion de sarcoïdose) semblent encore nécessaires, pour tenter d'améliorer la situation fonctionnelle s'il en découle une option thérapeutique. Dans le cas contraire, une activité sédentaire est envisageable à temps partiel au moins.

Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail est complète dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations ostéo-articulaires décrites.

Sur le plan cardiologique, la capacité est complète dans une activité adaptée légère essentiellement sédentaire.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est complète.

### *2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Sur le plan somatique, non

Sur le plan psychique, oui à 100%.

### *2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?*

Sur le plan somatique, sans objet.

Sur le plan psychique, non.

### *2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Sur le plan somatique, depuis 1998 (voire même 1996 quand le diagnostic de probable sarcoïdose a été posé).

Sur le plan psychique, sans objet.

### *2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

Sur le plan somatique, totale depuis 1998 dans l'activité exercée.

Sur le plan psychique, sans objet.

## 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

## C. Influences sur la réadaptation professionnelle

[...]

2. *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?*

Non.

[...]

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?*

Oui.

3.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Sous réserve des investigations complémentaires proposées et des éventuelles options thérapeutiques qui en découleraient.

3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?*

En plein, huit heures par jour.

3.3 *Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?*

Non.

[...]

Remarques et/ou autres questions:

Des investigations complémentaires sont nécessaires pour poser un diagnostic de certitude sur le plan pulmonaire. Nous proposons une bronchoscopie. En cas de résultats négatifs des biopsies et du lavage broncho-alvéolaire par bronchoscopie, une biopsie pulmonaire et une éventuelle biopsie des ganglions médiastinaux pourraient être discutées. Si le diagnostic de certitude d'une sarcoïdose était posé, une IRM cérébrale et une biopsie myocardique ou de la musculature striée, devraient être envisagées ».

**e)** Dans un avis médical du SMR du 6 octobre 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

« On retiendra pour l'essentiel : l'absence d'aggravation au plan rhumatologique et psychiatrique, une aggravation au plan pneumologique qui n'empêche cependant pas le travail en plein dans une activité adaptée, une tachycardie d'origine non expliquée mais non incapacitante dans une activité sédentaire et légère. En effet l'assuré ne présente pas les éléments constitutifs pour un épisode dépressif incapacitant ; relevons [u]n trouble mixte, anxieux et dépressif, qui pose le diagnostic différentiel avec une dysthymie secondaire à l'évolution chronique d'un trouble de l'adaptation : quoiqu'il [sic] en soit, le tableau psychiatrique n'est pas incapacitant au sens de l'AI et n'engendre pas de limitation fonctionnelle. Le syndrome somatoforme indifférencié est seulement possible, et en l'absence d'isolement social, de comorbidité psychiatrique, il n'[a] pas valeur incapacitante.

[...]

NB : les experts proposent encore des investigations au plan pulmonaire, afin de clarifier le diagnostic. Cette proposition n'a pas d'impact sur l'exigibilité.

Je n'ai pas de raison médicale de m'écarter des conclusions des experts ».

Par avis médical complémentaire du 17 décembre 2008, le SMR, par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a souligné que la détérioration des fonctions pulmonaires de l'assuré depuis 2007 entraînait une augmentation des limitations fonctionnelles, ce dernier ne pouvant plus exercer qu'une activité sédentaire légère.

**f)** Le 19 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande de prestations, dans la mesure où, selon le rapport du Z.\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2008, il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, si bien que son taux d'invalidité devait être maintenu à 19,19% conformément à l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal des assurances le 13 avril 2004.

**g)** Le 31 mars 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il s'est prévalu d'un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 5 mars 2009, dans lequel ce dernier précisait ne pas remettre en question les diagnostics posés par les experts du Z.\_\_\_\_\_, mais observer une sous-évaluation de la gravité de l'état anxio-dépressif de l'intéressé, ainsi que l'absence d'une mise en contexte et d'une vue d'ensemble somato-psychosociale. L'assuré a également invoqué un courrier du Dr O.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2009, dans lequel ce dernier relevait que son patient ne subirait pas de bronchoscopie supplémentaire, et contestait les conclusions du rapport du Z.\_\_\_\_\_, dès lors qu'une « contradiction grave » existait entre l'opinion de la Dresse R.\_\_\_\_\_ figurant à la lettre B, chiffre 2.2 dudit rapport, selon laquelle une activité sédentaire était envisageable à temps partiel au moins, et la lettre C, chiffre 3.2 qui mentionnait qu'une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée en temps complet. En outre, le Dr O.\_\_\_\_\_ soulignait que de nombreux insuffisants respiratoires de même sévérité que l'assuré avaient été mis au bénéfice d'une rente A1.

**h)** Dans un avis du SMR du 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé notamment ce qui suit :

#### « Pathologie pulmonaire

Certes, au plan pneumologique au point 2.2 (p35), il est précisé que la CT [capacité de travail] dans une activité sédentaire est envisageable à temps partiel au moins mais dans le cadre du consensus réalisé entre les 4 experts, décision d'une pleine CT a été prise (point 33.1 et 3.2 en p.37). On peut appuyer cette exigibilité par des éléments objectifs : l'assuré a réalisé un test d'effort sans désaturation significative, dont la charge maximale atteinte correspond à 4.7 METS, ce qui correspond à une VO<sub>2</sub> max estimée à 16 ml/kg/min ; or selon les tables officielles, on sait que de nombreuses activités requièrent moins de 16ml/kg/min (Exemples: assis au bureau à écrire, calculer : 4.25 / travail debout à un bar : 8.75 / marche à 4.8km/h : 10,5 / marche à 5.6km/h : 14 / conduite de voiture : 4.25 / conduite d'un camion : 5.3 / grutier: 8.75 / conduite d'un gros poids lourd :10.5 / pompiste: 9.45 / entretien des sols (ponçage, cirage, etc) :9.45 / assemblage de petites pièces en position debout : 8.75 / assemblages plus lourds (mécanique agricole), brasage léger et stockage d'objets légers 10.5 / etc). Précisons en outre que l'assuré présente un trouble diffusionnel décrit comme léger, alors qu'en fait il peut être considéré comme encore normal, puisque la DLCO a été mesurée à 76% du score prédit ; or au-delà de 75% le résultat est considéré comme normal le trouble de diffusion est estimé comme léger entre 61 et 75% (réf: ATS/ERS Task Force, Eur Respir J 2005 ;26 :948- 66). Enfin l'assuré continue à fumer quelques cigarettes et/ou cigares / jour, ce qui ne peut être que délétère pour ses capacités respiratoires.

Avec les éléments objectifs que sont les examens pratiqués, corrélés aux tables relatant les efforts possibles en lien avec les performances réalisées, on est en droit d'admettre une pleine CT dans une activité adaptée.

#### Pathologie psychiatrique

Dans sa lettre du 15.03.2009, le Dr M. X.\_\_\_\_\_, manifeste son désaccord sur les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise. Il se positionne en tant que médecin traitant, dont on sait que ce rôle empêche une sereine objectivité, et on devra préférer l'appréciation de l'expert, lequel n'avait par ailleurs pas manqué d'avoir un entretien avec le psychiatre traitant et de discuter la teneur de ses RM [rapports médicaux]. L'assuré ne reçoit pas de traitement psychotrope, ce qui paraît surprenant pour un « état anxio-dépressif » que le Dr X.\_\_\_\_\_ semble juger comme plutôt grave ; il n'évoque pas le syndrome somatoforme indifférencié pourtant retenu par le Dr J.\_\_\_\_\_ et par les experts du COMAI. Il demande une réévaluation de l'IT [incapacité de travail], sans pour autant la chiffrer. Le Dr X.\_\_\_\_\_ n'apporte pas les éléments qui permettent de mettre en doute les conclusions de l'expertise du COMAI, dans laquelle (p32) les plaintes de l'assuré sont rapportées, dans laquelle il est bien précisé que l'assuré ne présente ni trouble cognitif majeur, ni ralentissement psychomoteur, ni fatigue (symptômes que rapporte le psychiatre traitant) ; l'anxiété n'est pas niée, mais elle s'estompe [a]u fil de l'entretien ; elle est par ailleurs connue, et déjà rapportée au syndrome somatoforme par le Dr J.\_\_\_\_\_ ; enfin les experts motivent leurs diagnostics en p32, finissant par conclure que la symptomatologie anxieuse et dépressive (qui n'est donc pas niée, mais dont l'intensité n'est pas suffisante pour engendrer des limitations fonctionnelles, et/ou le diagnostic d'épisode dépressif) est réactionnelle à l'inactivité ou à l'incapacité de travail et

aux problèmes sociaux plutôt que la cause éventuelle d'une incapacité de travail ».

**i)** Par écrit du 16 juin 2009, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'au terme de l'expertise pneumologique réalisée entre les 10 et 12 juin 2008, elle avait adressé au Z.\_\_\_\_\_ un rapport indiquant que l'activité professionnelle de l'assuré ne pouvait plus être poursuivie et qu'une réorientation était envisageable à temps partiel. Aussi était-elle surprise que « les conclusions finales du rapport Z.\_\_\_\_\_ mentionnent une capacité complète dans l'activité professionnelle exercée à ce jour ». Elle a ajouté qu'il était indispensable de réévaluer la situation de l'assuré, qu'une activité à temps partiel dans un travail à faible sollicitation physique serait négociable, et que l'altération de la capacité fonctionnelle respiratoire de l'intéressé était de l'ordre de 50%, ce qui illustre sa limitation physique.

**j)** En date du 8 juillet 2009, le SMR, par le Dr F.\_\_\_\_\_, a considéré que le rapport médical de la Dresse R.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments nouveaux.

**C.** Par décision du 9 juillet 2009, l'OAI a rejeté l'opposition. Sur le plan médical, l'office s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du Z.\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2008, confirmées par le SMR dans des avis des 1<sup>er</sup> mai et 8 juillet 2009, pour retenir que l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En revanche, il a estimé que les positions des Drs X.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation des experts précités. Sous l'angle économique, pour déterminer le revenu d'invalidé de l'intéressé, l'OAI a tenu compte du salaire statistique d'hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de la production et des services, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006. Il a calculé un montant de 4'933 fr. 11 par mois ou 59'197 fr. 32 par année en 2006, pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures ; adaptée à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008, la rémunération annuelle atteignait 61'347 fr. 36. Compte tenu d'un abattement pour les limitations fonctionnelles de 15%, le revenu annuel d'invalidé a été arrêté à 52'145 fr.

26. Comparant ce revenu à la rémunération que le recourant aurait perçue sans invalidité dans son ancienne activité en 2008, soit 65'921 fr., l'OAI a déterminé que le degré d'invalidité était de 20,90%, résultat qu'il convenait d'arrondir à 21%. Ce taux étant inférieur au seuil de 40%, l'OAI a retenu que l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Pour le surplus, l'office a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'accorder des mesures professionnelles, dès lors qu'elles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique subi, l'assuré pouvant en revanche prétendre à une aide au placement.

**D.** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 11 septembre 2009, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Par arrêt du 13 janvier 2011 (cause AI 433/09 - 50/2011), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré. En substance, elle a considéré qu'il convenait d'accorder pleine valeur probante à l'avis des experts du Z.\_\_\_\_\_, qui retenaient que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. Elle a en outre confirmé le degré d'invalidité de 21%, inférieur au minimum de 40% ouvrant le droit à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité.

Cet arrêt n'a pas été contesté.

**E.** Le 23 janvier 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI, en relevant ce qui suit:

« Par la présente, je tiens à nouveau à vous informer de l'évolution psychiatrique du patient susnommé que je suis en tant que psychiatre-traitant depuis 2005, et qui a fait l'objet le 21 mars 2011 d'un rejet de son recours contre la décision rendue le 9 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité, cette décision étant donc confirmée. Je ne m'exprime pas cependant d'un point de vue strictement psychiatrique, mais d'une façon un peu plus large, d'un point de vue médico-psycho-social ; je ne me substitue pas non plus aux autres spécialistes qui ont tenté de définir la situation de l'assuré, notamment les spécialistes en pneumologie et en rhumatologie.

Je sais que je m'exprime avec une certaine subjectivité, et je sais aussi que l'on reproche souvent aux médecins traitants d'être tendancieux, d'avoir tendance à défendre le point de vue de leur patient, ce qui altérerait en quelque sorte leur jugement et leur capacité d'appréciation. Je ne dis pas que cela soit totalement inexact, et je serais plutôt étonné que l'on ne trouve pas normal qu'un médecin-traitant prenne le parti de son patient, en essayant de le soutenir dans des démarches qu'il estime légitimes. Je pense que cela ne doit pas faire passer au second plan ce qui relève d'une observation engagée au long cours, avec une multitude de contacts, de consultations échelonnées sur une période de plus de 7 ans ; il me semble que ce suivi, ou les données de ce suivi, doivent être prises en compte, doivent pouvoir être prises en compte par l'AI, comme un des éléments importants du dossier de ce patient, qui, cela dit, n'a pas encore fait de nouvelle demande de prestation, parce qu'il ne sait plus très bien à quel saint se vouer.

Je tente moi-même de rétablir le contact avec l'AI par la présente, parce que je le considère nécessaire, parce que je crois qu'il est possible de faire comprendre que la situation de ce patient n'est plus tenable, et qu'elle comporte réellement des risques. Il est vrai, que l'on m'a reproché auparavant certaines incohérences dans ma démarche, par exemple de ne pas médiquer un patient que je considère comme assez gravement déprimé et anxieux, et je peux comprendre ces reproches. Je comprends également que l'on puisse dire que l'état anxio-dépressif dont il est question se trouve être plutôt la conséquence des difficultés auxquels M. T. \_\_\_\_\_ est confronté, plutôt que la cause de ces difficultés. Je n'ai jamais dit pour ma part que c'était la cause de ses difficultés, mais je constate que c'est devenu une cause supplémentaire de ces difficultés, parce que ce patient se sent pris dans un piège, dont il ne sait pas comment sortir. Je crois tout d'abord qu'il est tout à fait convaincu qu'il ne pourra pas s'en sortir sans l'aide de l'AI ; il a une réelle attente qui persiste par rapport à des prestations de AI ; parfois il me dit, il déplore, qu'on ne l'ait jamais aidé auparavant, dans son long parcours, à se réinsérer. Actuellement, il ne croit plus du tout en la possibilité d'exercer une activité professionnelle lucrative, même à temps partiel. Il ne peut pas du tout s'imaginer qu'il pourrait effectuer un quelconque travail salarié parce qu'il ne conçoit pas qu'un patron veuille engager une personne comme lui, ayant de la peine à se mobiliser, étant essoufflé au moindre effort, ayant diverses douleurs, et d'autre part un bagage professionnel qui ne lui permet pas d'ouvrir d'autres portes.

La décision de l'AI susmentionnée avait maintenu l'existence d'une capacité complète dans une activité sédentaire, malgré le fait qu'un stage d'un mois datant de février-mars 2006 (L. \_\_\_\_\_) ait semblé apporter la preuve d'une incapacité réelle dans une activité pourtant adaptée et sédentaire. Cette décision de l'AI avait été maintenue aussi malgré des avis divergents provenant de spécialistes, notamment pneumologues, voire le désaccord exprimé par la Dresse R. \_\_\_\_\_ dans sa lettre du 15 juin 2009, qui se dit surprise des conclusions finales du rapport Z. \_\_\_\_\_, et qui propose une réévaluation de la situation de l'assuré, ajoutant encore qu'une activité à temps partiel dans un travail à faible sollicitation physique serait négociable. Elle parle d'une altération fonctionnelle respiratoire de l'intéressé qui est de l'ordre de 50%. Le Dr F. \_\_\_\_\_ lui-même (SMR), dans un avis médical complémentaire du 17 décembre 2008, avait déjà souligné que la détérioration des fonctions pulmonaires de l'assuré depuis 2007

entraînait une augmentation des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvant plus exercer qu'une activité sédentaire légère.

Alors, évidemment je m'étonne, comme M. T. \_\_\_\_\_, du fait que ces spécialistes et leurs avis n'aient pas été entendus. Il me semble qu'il faut bien comprendre que dans le vécu de M. T. \_\_\_\_\_, cela veut dire en quelque sorte qu'on ne veut pas entendre les avis qui iraient dans le sens d'une décision d'allocation de prestation dont il est lui-même certain qu'il devrait être bénéficiaire. Je dois, excusez-moi pour le mélange des genres, vous faire part d'une sorte d'anecdote au sujet de M. T. \_\_\_\_\_, qui illustre l'état d'esprit dans lequel il se trouve ; quand il vient en consultation à la polyclinique de [...], le patient passe par un centre commercial ( [...]) où il rencontre d'autres compatriotes, dont certains sont au bénéfice de l'AI. A plusieurs reprises, le patient m'a exprimé son étonnement et son désarroi devant la constatation de leur état et de leur discours ; en ce qui concerne leur état, M. T. \_\_\_\_\_ est persuadé qu'ils sont en meilleure forme que lui (je précise que je ne sais pas si cela est vrai, mais c'est important pour comprendre le vécu du patient) ; en ce qui concerne leur discours, M. T. \_\_\_\_\_ les entend dire qu'ils sont très étonnés, eux, les autres bénéficiaires, qu'il n'ait pas obtenu déjà l'AI (après 14 années de démarche), et sur ce fait ils s'attaquent non pas à l'AI, mais aux médecins de M. T. \_\_\_\_\_, qui n'auraient pas fait leur boulot ; en filigrane, M. T. \_\_\_\_\_ ressent un sentiment de honte, honte de n'être pas capable soit de travailler, soit d'obtenir l'AI, c'est-à-dire d'être en quelque sorte dans un état d'indéfinition qui soulève des doutes, ce qui contribue bien sûr à sa désocialisation progressive. Et je crois, je crains, que le patient soit arrivé petit à petit à la même conclusion que ci-dessus, parce qu'il constate que rien ne bouge, et que ses médecins n'arrivent pas à faire entendre leur voix. Il va de soi que cela crée un problème assez gênant dans la relation de ce patient avec ses médecins, alors que M. T. \_\_\_\_\_ est au départ un patient tout à fait collaborant et respectueux des médecins et de leurs compétences. Je n'hésite pas à dire que M. T. \_\_\_\_\_ a le sentiment d'une forme de discrimination. J'ajoute que la situation actuelle de ce patient entraîne la conséquence qu'il ne vit plus avec sa famille en Suisse, puisque les services sociaux et autres institutions concernées ne donnent pas l'autorisation pour un permis de résidence à sa femme et à sa fille, de sorte que leurs liens s'effilochent et se détériorent au fil du temps.

Je dois dire ensuite que je constate une progressive aggravation de l'état psychique de ce patient, mais je précise aussi qu'il ne s'agit pas d'un « simple » épisode dépressif, mais d'un effondrement anxio-dépressif progressif, marqué par le désespoir, le découragement, le désarroi, une perplexité immense par rapport à l'avenir et par rapport à la possibilité de retour à une situation de vie à peu près normale. M. T. \_\_\_\_\_ a honte de sa situation vis-à-vis de ses proches, de sa famille, de ses quelques amis, des quelques connaissances qu'il a encore à [...]. Il fuit les contacts parce qu'il ne sait plus comment s'expliquer sur sa situation. Il a honte également de se présenter aux services sociaux de la ville, où il déteste devoir attendre car il craint d'être vu, et de ressentir encore doublement cette honte. Il s'enferme dans son studio, et n'en sort que rarement pour les quelques courses indispensables qu'il doit faire avec un budget au plus serré. Il ne peut pas non plus envisager de retourner au [...] de cette façon, car il n'a aucune possibilité de vivre de façon convenable dans son pays, et parce qu'il aimerait pouvoir apporter à sa fille et à sa femme un peu de réconfort ; il est sans doute piégé par cette situation dans laquelle tout

le monde autour de lui attend encore de lui qu'il trouve enfin la solution. Ne la trouvant pas, le patient me dit à plusieurs reprises qu'il va peut-être faire une bêtise, et en effet je le sens tout à fait désespéré. M. T. \_\_\_\_\_ a perdu à la fois son capital physique à cause d'une maladie pulmonaire invalidante (et reconnue comme telle), son capital psychosocial à cause d'un processus d'exclusion et d'invalidation sociale, son identité en raison de ce qui précède, et il a perdu toute notion de sa valeur en tant qu'être humain. Il n'a pas les ressources psychiques et physiques pour se mobiliser ou pour trouver une solution par ses propres moyens. Il souffre maintenant de manière chronique et systématique d'aboulie et d'anhédonie, et bien sûr d'un manque d'entrain et de tonus, et bien sûr aussi de forts sentiments d'échec, d'impuissance, d'inutilité et d'impuissance. Il souffre en permanence d'une anxiété anticipatrice, avec tensions musculaires, douleurs multiples, troubles du sommeil et troubles de la concentration et de l'attention. Il ne trouve plus aucun moyen pour se distraire, et même les matchs de foot à ta télé ne l'intéressent plus guère. J'ajoute à cela que l'anxiété dont souffre le patient est en effet aggravée par son status pulmonaire et les symptômes de son affection pulmonaire. Il me semble important que je continue à soutenir ce patient, car cela lui permet de maintenir un lien de sécurité avec le système de santé, ce qui est vrai aussi pour les suivis médicaux que réalisent son médecin traitant, le Dr O. \_\_\_\_\_ d'une part, et sa pneumologue traitante actuelle, la Dresse K. \_\_\_\_\_. Mais, les mesures que je peux moi-même mobiliser pour le soutenir d'un point de vue psychiatrique ne suffisent pas, et je crois que ces lignes en donnent suffisamment la teneur. Je suis encore une fois assez inquiet pour l'évolution de ce patient, notamment en raison du fait qu'il se sent emporté dans un processus d'exclusion, et qu'il ne sait pas à quoi il va pouvoir se rattacher ».

Par courrier du 6 février 2013, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait reçu un rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ et l'a invité à compléter dans un délai de trente jours le formulaire de demande de prestations pour le cas où il sollicitait la réouverture de son dossier.

L'assuré a formellement déposé une troisième demande de prestations le 25 février 2013, en indiquant sur le formulaire idoine, quant au genre de l'atteinte, « maladie pulmonaire et troubles psychiques » existant depuis respectivement 1998 et 2008.

Dans son avis du 23 juillet 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2013 était similaire à ses précédents rapports au dossier. Ce spécialiste décrivait déjà dans ses rapports des 28 septembre 2007 et 5 mars 2009 les difficultés psychosociales que rencontrait l'assuré et le désespoir dans lequel il se trouvait face à sa situation. La description clinique était également similaire à celle

décrite précédemment (aboulie, anhédonie, manque d'entrain et de tonus, forts sentiments d'échecs, d'impuissance, d'inutilité, anxiété anticipatrice, tension musculaire, douleurs, troubles du sommeil et difficultés d'attention et de concentration, idées suicidaires). Le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2013 n'apportait ainsi pas d'élément nouveau et objectif en faveur d'une modification notable de l'état de santé psychique de l'assuré depuis 2009.

Par projet de décision du 21 août 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il n'entrait pas en matière sur sa demande de prestations, dans la mesure où les éléments médicaux qu'il avait produits n'avaient pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 9 juillet 2009.

Le 18 septembre 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI qu'après discussion avec son patient, il présentait une objection au projet de décision du 21 août 2013. Le Dr X. \_\_\_\_\_ relevait que l'assuré était en train, depuis juin 2013, de subir une nouvelle série d'examens pneumologiques très spécialisés, qui étaient à sa connaissance en voie de finalisation, auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie. Pour le Dr X. \_\_\_\_\_, il convenait dès lors d'attendre les conclusions de ces examens pour savoir s'ils rendaient plausible une modification de l'état de fait depuis la décision de refus de prestations du 9 juillet 2009.

Le 27 septembre 2013, l'OAI a adressé la correspondance suivante au Dr X. \_\_\_\_\_, avec copie à l'assuré et à son représentant :

« Nous accusons réception de votre lettre du 18 septembre 2013 relative à notre préavis du 23 août 2013.

Nous vous laissons le soin de nous transmettre les conclusions des examens pneumologiques spécialisés et les transmettrons au médecin-conseil du Service médical régional de l'AI pour examen.

Des mesures d'instruction complémentaires seront peut-être nécessaires, ce qui peut prendre un certain temps.

Nous tiendrons l'assuré et son mandataire informés de notre position dès que possible ».

Le 30 décembre 2013, Procap a invité l'OAI à lui indiquer où en était l'instruction du dossier de l'assuré et à lui adresser copie de toutes les pièces postérieures au 13 mars 2012.

Le 9 janvier 2014, l'OAI a adressé à Procap un CD-ROM avec copie de tous les documents figurant au dossier depuis le 13 mars 2012.

Par décision du 22 janvier 2014, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière, pour les mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision.

**F.** Par acte du 19 février 2014, T.\_\_\_\_\_, représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. En substance, il fait valoir que le Dr X.\_\_\_\_\_ a expressément informé l'intimé que des investigations pneumologiques étaient en cours, et qu'il convenait d'attendre leur résultat. Or l'OAI n'a pas attendu ce rapport et a confirmé son projet de décision, sans lui impartir préalablement un délai. Il soutient dès lors que son droit d'être entendu a été violé, mais que cette violation peut être réparée en procédure. A cet égard, il produit un rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2014, selon lequel il présente une nouvelle baisse du VEMS, qui n'était plus que de 43% le 19 décembre 2013. Pour le Dr C.\_\_\_\_\_, on peut évaluer une invalidité médicale théorique de 50%. Le patient pourrait exercer une activité professionnelle légère, en tenant compte que l'atteinte respiratoire moyenne à sévère qu'il présente entraîne une fatigabilité accrue pouvant diminuer son rendement, la reprise d'une activité professionnelle nécessitant en outre des mesures de réinsertion et qu'il en ait les compétences. Pour le recourant, le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ rend plausible une aggravation de son état de santé depuis le précédent refus de prestations.

Dans sa réponse du 8 avril 2014, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève en particulier que plus de quatre mois se sont écoulés entre le courrier du Dr X. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2013 et la décision litigieuse du 22 janvier 2014 et qu'il s'agit là d'un long délai. Il ajoute que l'administration n'avait pas à suspendre indéfiniment le traitement de la nouvelle demande et qu'il appartenait à l'assuré de produire les nouveaux documents dans le cadre d'une demande déposée après une décision de refus de rente et non à l'administration de les demander. Pour l'intimé, le courrier du Dr C. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2014 ne saurait dès lors être pris en compte.

Dans sa réplique du 12 mai 2014, le recourant soutient que le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2013 fait bien état d'une aggravation de son état de santé. Il ajoute que le fait d'avoir subi plusieurs examens médicaux depuis le mois de juin 2013 était en soi suffisant pour rendre plausible l'aggravation, et qu'il incombait à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande et de recueillir lui-même les rapports complémentaires annoncés. En annexe à son écriture, le recourant a produit un rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 2 avril 2014, un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ à l'attention de ce dernier du 1<sup>er</sup> octobre 2013, un rapport d'IRM de l'épaule droite du 6 novembre 2013, un rapport de CT-Scan thoracique du 10 octobre 2013, ainsi qu'un rapport de test-effort.

Le Dr X. \_\_\_\_\_ a adressé à la Cour de céans son rapport du 7 mai 2014 à l'OAI, dans lequel il explique que la situation psychiatrique de son patient s'est lentement et progressivement péjorée ces derniers mois.

Le 26 mai 2014, l'OAI a confirmé préavisier pour le rejet du recours.

## **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 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) 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 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).

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

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Le requérant critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, respectivement le fait que l'intimé, bien qu'expressément informé que des investigations pneumologiques étaient en cours, et qu'il convenait d'attendre leur résultat, ait statué sans attendre et sans lui impartir préalablement un délai pour déposer les pièces médicales relatives à ces investigations.

**3.** L'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se

déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 p. 370 et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références).

**4. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012]), 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, soit actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b ; ATF 109 V 108 consid. 2a). Lorsqu'elle est

saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 ; ATF 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (art. 87 al. 3 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses

injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.3 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**5.** Dans le cas présent, se pose en premier lieu la question de savoir si la procédure en cas de nouvelle demande a été valablement suivie par l'intimé.

Par courrier du 6 février 2013, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait reçu un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ et l'a invité à compléter dans un délai de trente jours le formulaire de demande de prestations pour le cas où il sollicitait la réouverture de son dossier. L'assuré a alors formellement déposé une troisième demande de prestations, le 25 février 2013. Toutefois, à la suite du dépôt de cette demande, le recourant ne s'est pas vu impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, avec l'avertissement que l'OAI n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (cf. ATF 130 V 64, consid. 5.2.5, p. 68). Au contraire, l'OAI n'a fait qu'adresser un projet de décision au recourant, le 21 août 2013, aux termes duquel il l'informait qu'il n'entrait pas en matière sur sa demande de prestations dans la mesure où les éléments médicaux qu'il avait produits n'avaient pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision de refus de prestations du 9 juillet 2009.

Le 18 septembre 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_, pour le compte de son patient, a fait savoir à l'intimé que depuis juin 2013, ce dernier était en train de subir une nouvelle série d'examens pneumologiques très spécialisés, qui étaient à sa connaissance en voie de finalisation, auprès du Dr C.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a alors expliqué à l'OAI qu'il convenait d'attendre les conclusions de ces examens. L'OAI a donné suite à cette requête le 27 septembre 2013, en invitant le Dr X.\_\_\_\_\_ à lui transmettre les conclusions des examens pneumologiques spécialisés. Ce courrier de l'intimé n'impartissait toutefois pas de délai à cet effet. Ce courrier précisait en outre que des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires, ce qui pouvait prendre un certain temps, et que l'assuré et son mandataire seraient tenus informés de la position de l'OAI dès que possible.

Le 30 décembre 2013, Procap a demandé à l'OAI où en était l'instruction du dossier, ainsi que l'envoi des pièces postérieures au 13 mars 2012. L'OAI a adressé copie desdites pièces à Procap le 9 janvier 2014, sans toutefois renseigner le représentant du recourant sur l'état de l'instruction du dossier. Finalement, l'OAI a confirmé son projet de décision le 22 janvier 2014.

Il résulte de ce qui précède que dans le cadre de sa troisième demande de prestations, le recourant n'a jamais été invité à rendre la péjoration alléguée de son état plausible. L'OAI ne lui a en particulier jamais imparti de délai pour déposer ses moyens de preuve, et ne l'a pas averti qu'il n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Le courrier de l'intimé du 27 septembre 2013 au Dr X.\_\_\_\_\_ est de surcroît ambigu, en tant qu'il laisse entendre que des mesures d'instruction complémentaires seront peut-être nécessaires, et que l'assuré et son représentant seront tenus informés, ce courrier pouvant donner à penser que c'est l'intimé qui se chargerait de la mise en œuvre de la suite de l'instruction. L'intimé n'a par ailleurs à aucun moment fait savoir à l'assuré – conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA applicable par analogie – qu'il se prononcerait en l'état du dossier, en lui

adressant une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et en lui impartissant un délai de réflexion convenable.

En statuant sur la nouvelle demande de l'assuré sans qu'il n'ait été invité formellement à produire ses moyens de preuve dans un délai déterminé, et alors que le recourant avait fait savoir à l'OAI qu'il attendait des résultats d'examens médicaux, l'OAI ne s'est pas conformé à la procédure à suivre en cas de dépôt de nouvelle demande.

On relèvera en dernier lieu que si plusieurs mois se sont effectivement écoulés entre le courrier de l'OAI du 27 septembre 2013 et la décision attaquée, il n'en demeure pas moins que la situation visée par l'art. 87 al. 2 RAI en cas de nouvelle demande est différente de celle dans laquelle une partie est mise en situation de faire ou non usage d'un droit et est censée y avoir renoncé après l'écoulement d'un délai raisonnable (cf. par exemple ATF 133 I 98 relatif au droit de réplique).

Dans ces circonstances, il convient de retenir que le droit d'être entendu du recourant a été violé, et que l'importance de cette violation ne peut être réparée en instance de recours. La décision attaquée doit dès lors être annulée et la cause renvoyée à l'intimé, dans l'état dans lequel elle se trouve, afin qu'y soient données toutes suites utiles, en particulier sous la forme d'un courrier impartissant formellement au recourant un délai pour rendre vraisemblable la péjoration de son état de santé, et en le rendant attentif aux conséquences d'un non-respect de cette injonction.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction et nouvelle décision au sens du considérant 5.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En

l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr., à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause et qui est assisté d'un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'500 francs.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 22 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour T. \_\_\_\_\_),
- 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 :