

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Neu et M. Métral, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Alain Barbier, à Yvonand,

et

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

Art. 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. Le 6 juillet 2004, J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI).

Dans un questionnaire pour l'employeur signé le 27 juillet 2004, le T. _____ a indiqué que l'assuré avait commencé à travailler le 1^{er} novembre 1989 en qualité de collaborateur front-office. Son salaire s'élevait depuis juin 2003 à 81'250 fr. par an.

B. Il résulte d'un rapport du 13 septembre 2001 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, par le Prof. P. _____, spécialiste en chirurgie, ainsi que les Drs A.L. _____, spécialiste en chirurgie, et W. _____ du Service de chirurgie du R. _____ (ci-après : le R. _____) notamment ce qui suit :

« Votre patient a séjourné dans notre service **du 28.08 au 13.09.2001**, date de son transfert à l'hôpital de [...].

DIAGNOSTICS :

Principal :

- Infarctus pulmonaire gauche sur embolie pulmonaire.

Secondaire et comorbidités :

- Hernie discale C4-C5.
- Lithiase rénale.
- Tabagisme.

Rappel anamnestique : patient de 29 ans en bonne santé habituelle qui est hospitalisé à [...] du 06 au 21.08.2001 pour suspicion d'embolie pulmonaire ou de pneumonie gauche pour laquelle il reçoit un traitement antibiotique.

A son retour en Suisse, il vous consulte le 23.08 pour persistance de thoracodynies et crachats hémoptoïques. Un CT-scan thoracique révèle une imagerie compatible avec un empyème pleural gauche avec condensation pulmonaire de contact.

Le 28.08, vous nous confiez votre patient pour pose d'un drain thoracique et exploration chirurgicale, si l'évolution le nécessitait.

TRAITEMENT - EVOLUTION - DISCUSSION :

L'évolution est, tout d'abord, défavorable avec une augmentation de l'épanchement pleural objectivé pour un nouveau CT-scan (29.08). Dans le même temps, l'anamnèse est reprise et le diagnostic d'embolie pulmonaire qui avait tout d'abord été écarté à [...]

(scintigraphie pulmonaire négative, Duplex veineux des MI négatif, CT-thorax non compatible avec une embolie pulmonaire mais montrant des infiltrats bi-basaux) est à nouveau retenu, compte tenu du fait que tous les prélèvements pratiqués lors du drainage et de la bronchoscopie sont tous négatifs, et que le Professeur V._____ visualise les amputations artérielles multiples sur le CT du R._____.

En raison de cette évolution négative, nous optons pour une thoracoscopie qui met clairement en évidence un infarctus pulmonaire basal du lobe inférieur gauche avec des adhérences fixant la pointe inférieure du LIG à la paroi, dans une position vicieuse (qui sont sectionnées).

L'évolution est, par la suite, lentement favorable, permettant le transfert de Monsieur J._____ pour une période de réadaptation respiratoire à l'hôpital de [...].

Afin d'exclure toute coagulopathie pouvant expliquer ces embolies pulmonaires, une consultation hématologique a été demandée mais les différents dosages (anti-thrombine III, protéine C, protéine F + résistance à la protéine C, mutation du facteur II, dosage homocystéine et anticorps anticardiolipines) ne nous sont pas encore parvenus. Nos collègues hématologues proposent de poursuivre l'anticoagulation par Sintrom au minimum six mois à un an.

Un ultrason testiculaire n'a pas mis en évidence de quelconque pathologie.

Le jour précédant son transfert, Monsieur J._____ a présenté de nouvelles douleurs importantes dans l'épaule gauche, non respirodépendantes et comparables à celles déjà ressenties pour son problème d'hernie discale cervicale. Nous avons demandé une consultation à nos collègues neurochirurgiens qui connaissent déjà le patient et qui confirment un probable syndrome radiculaire irritatif de C5 gauche; Monsieur J._____ sera reconvoqué prochainement à leur consultation. »

Le Dr Z._____, spécialiste en neurologie au Service de neurologie du R._____ a quant à lui conclu son rapport du 17 octobre 2001 en ces termes :

« Synthèse et Conclusion

Ce patient présente donc une hémiasudation gauche préservant le membre inférieur, sans syndrome de Horner survenant dans les suites d'une thoracotomie pour drainage d'un empyème pleural gauche. La thoracotomie a été effectuée à distance du médiastin et apparemment il n'y aurait que la possibilité pour le drain d'avoir bougé et d'avoir peut-être entraîné les douleurs dont s'est plaint le patient. Il est possible que le drain ait fait un traumatisme de la chaîne sympathique et entraîné ce syndrome harlequin.

Nous allons prendre le patient afin d'effectuer un test à l'amidon sur la topographie exacte de l'hémiasudation. Il est probable que l'on observe une récupération mais ceci ne peut être garanti. »

L'assuré a séjourné à l'Hôpital de [...] du 13 au 29 septembre 2001, date de son retour à domicile. Dans leur rapport du 29 octobre 2001, les Drs M. _____ et Y. _____, spécialistes en médecine interne générale et pneumologie au sein de cet hôpital, ont posé le diagnostic principal d'infarctus pulmonaire gauche sur embolie pulmonaire et les diagnostics secondaires de hernie discale C4-C5 ainsi que de suspicion de candidose orale.

Dans un rapport médical du 23 juillet 2004, le Dr Q. _____ a établi le rapport médical suivant :

« **A. Diagnostics affectant la capacité de travail :**

- Embolie pulmonaire bilatérale avec infarctus pulmonaire gauche
- Status post-exploration chirurgicale par thoracoscopie du lobe inférieur gauche
- Thoracodynies persistantes

Diagnostics n'affectant pas la capacité de travail :

- Hernie discale C4-C5
- Iléite terminale de type Crohn
- Tendinopathie du sus-épineux gauche

C. Données concernant l'activité professionnelle, la formation et les tâches

1. Dernière activité exercée: Activité actuelle, employé [...] au guichet.

2. Quels sont, du point de vue médical, les handicaps fonctionnels ?

a) **Dans le domaine du travail :** Position debout plus mouvements pour manipuler les paquets (en raison d'un syndrome algique)

b) **Au quotidien :** Le patient présente un état de fatigue avec insomnie entraînant une activité ménagère réduite.

c) **Durant les loisirs :** Le patient a dû arrêter toute activité sportive.

3. Les handicaps fonctionnels affectent-ils les capacités de l'assuré/e dans sa profession ou dans son domaine d'activité ? Oui

Si oui, lesquelles ? Travail actuellement à 50% ce qui semble le maximum à exiger de ce patient
Existant depuis le 18.11.2003

4. La personne assurée consomme-t-elle ou fait-elle usage de substances psychotropes ? Non

D. Résultats, thérapie, pronostic

1. Traitement du 01.10.2001 au actuellement

2. **Dernier examen** le 16.07.2004
3. **Anamnèse** : En août 2001 le patient est hospitalisé en [...] pour une dyspnée avec crachats hémoptoïques. Il patient subit une thoracoscopie d'investigation qui confirme l'embolie pulmonaire avec infarctus. Par la suite, le patient présente un important syndrome algique qui actuellement est sous contrôle partiel sous électro-stimulateur posé par le Dr K. _____
4. **Situation sociale** : Il s'agit d'un patient marié, ayant un enfant. Il travaille à T. _____ depuis 13 ans environ et parle uniquement le français.
5. **Plaintes subjectives** : Le patient présente toujours un syndrome algique thoracique gauche important malgré le traitement d'antalgiques et l'électro-stimulation. Il souffre également d'insomnies et d'un état de fatigue assez important. Par ailleurs, quelques douleurs digestives en raison de son affection intestinale. Il présente toujours des problèmes d'algie de l'épaule gauche avec limitation fonctionnelle.
6. **Constations objectives** :
 - A) **Au début du traitement** : le patient ayant été hospitalisé au début du traitement, veuillez-vous référer aux documents ci-joints.
 - B) **Lors du dernier examen** : Status actuel, patient en bon état général, poids 78 kg pour une taille de 175 cm, tension artérielle 130/75, pulsations 64/min avec rythme régulier. Douleurs à la palpation latéro-thoracique gauche notamment au niveau de la cicatrice. Mobilisation douloureuse limitée de l'épaule gauche, par ailleurs l'examen clinique est dans la norme
7. **Examens médicaux spécialisés** : Voir photocopies
8. **Thérapie**
 - a) **Traitements thérapeutiques effectués et essais de traitements** ; répercussions sur l'état de santé de l'assuré : Ponstan, Tramal, Lexotanil en réserve, électro-stimulation (voir rapports du Dr K. _____)
 - b) **L'assuré/ea-t-il/elle refusé en traitement ?** Non
 - c) **Mesures thérapeutiques en cours ?** Voir sous A
 - d) **D'autres mesures thérapeutiques sont-elles prévues ?**
Pas pour l'instant
9. **Pronostic** : Le pronostic reste pour l'instant très réservé. »

Le Dr Q. _____ a précisé que l'assuré pouvait travailler à 50% dans son activité habituelle sans diminution de rendement. Il a joint divers rapports médicaux à ce rapport.

Dans son rapport du 24 novembre 2004, le Dr Q. _____ a ajouté ce qui suit :

« Le problème majeur consiste en des douleurs persistantes au niveau du thorax et de l'épaule gauche. Le patient est également suivi par le Dr K. _____, spécialiste de l'antalgie, qui lui a implanté un neurostimulateur. Malheureusement le patient a fait une surinfection au niveau de sa cicatrice lombaire qui nécessite, pour l'instant, une ablation du cathéter, un traitement de l'infection et ultérieurement une remise en place de son appareillage. »

Le 27 janvier 2005, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie, a posé le diagnostic de douleurs thoraciques post thoracotomie gauche. Comme thérapie, il mentionnait un stimulateur médullaire. Il estimait que l'assuré ne pouvait plus travailler dans sa profession habituelle mais dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de l'ordre de 50%.

Le Dr D._____ du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), dans son avis du 28 avril 2005, a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis septembre 2001.

Par décision du 5 juillet 2005, l'OAI a alloué une demi-rente à l'assuré depuis le 1^{er} novembre 2004 pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Depuis le mois de novembre 2003 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Suite à un examen de votre dossier par notre service médical, et selon les pièces en notre possession, nous constatons que vous êtes en incapacité partielle de travailler de manière ininterrompue en raison de votre atteinte à la santé depuis le mois de novembre 2003 ; c'est donc à cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année. »

C. Une révision du droit à la rente a commencé le 12 juin 2008.

Le 4 août 2008, le Dr Q._____ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de status post-embolie pulmonaire bilatérale avec infarctus pulmonaire gauche, status post-exploration chirurgicale par thoracoscopie du lobe inférieur gauche, thoracodynies persistantes gauches, hernie discale C4-C5 avec cervico-brachialgies gauches récidivantes et tendinopathie du sus-épineux gauche. Comme diagnostic sans conséquence sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de colopathie probablement fonctionnelle, une maladie de Crohn n'ayant pas été confirmée. Il a en outre indiqué ce qui suit:

« **Quelle est la situation actuelle ?** Persistance des douleurs latéro-thoraciques gauches. Monsieur J. _____ présente aussi des cervico-brachialgies gauches récidivantes. Il présente également des épisodes de douleurs abdominales en crampes accompagnées de diarrhées et dernièrement a présenté un état anxio-dépressif suite à la séparation conjugale. Il poursuit une activité à 50% qui semble adaptée, à T. _____ à [...].

Quelles sont les limitations fonctionnelles ? En raison de ses problèmes vertébraux, le port des charges lourdes est contre-indiqué. Sur le plan de la mobilité, on ne note pas de limitation particulière. Les limitations sont essentiellement dues au syndrome douloureux.

Quelle est la capacité de travail exigible ? Est toujours de 50% maximum »

Le Dr Q. _____ a joint divers rapports médicaux à son rapport.

L'employeur a indiqué le 5 août 2008 que l'assuré travaillait à 50% dans son ancienne activité.

Le 21 août 2008, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2) depuis mai 2007 en tout cas. Il a relevé notamment ce qui suit :

« **1.4. Anamnèse**

Patient ayant souffert dès son jeune âge de nombreux troubles physiques (bec-de-lièvre) et psychologiques (syndrome-psycho-organique, léger trouble I. M. C. épilepsie) pour lesquels il a été suivi de 1977 à 1985 par différents services médico-pédagogiques du [...]. En août 1991, commence un apprentissage aux T. _____. Par la suite il part habiter à [...], se marie, a un enfant. En 2001, il subit de graves problèmes cardiologiques puis pulmonaires (embolie pulmonaire avec d'importantes douleurs résiduelles. De nombreuses interventions chirurgicales n'amélioreront pas ces problèmes (plus de neuf en une année). En 2007 sa femme le quitte. Dans ce contexte, il sombre dans une dépression profonde accompagnée d'angoisses et consulte des sites pédophiles sur Internet (avec intervention de la police, enquête, jugement et sanction avec sursis).

Symptômes actuels

Patient actuellement compensé, plus ou moins stabilisé avec d'importantes limitations psychologiques et physiques mais connaissant d'impressionnantes décompensations dépressives et anxieuses lorsqu'il se trouve confronté à certaines difficultés (retrait, idées suicidaires, équivalents suicidaires).

Indications subjectives par le patient

Anxiété importante, accablement. Douleurs chroniques qui montent pendant un à trois jours puis passent. Douleurs dans l'hypochondre gauche. Douleurs lancinantes dans le bras, en coup de poignard, arythmies de temps en temps, sudations profuses.

Lors de la dernière consultation, le patient présentait un état euthymique, mais très précaire. Il était sujet à d'importantes fatigues limitant considérablement ses possibilités de travail (doit tous les jours faire une sieste, se reposer et rester chez lui).

1.5. Nature et importance de traitement actuel

D'un commun accord, nous avons convenu que le patient ferait appel à moi dès qu'il sentirait les prémices d'une nouvelle décompensation.

Médication actuelle : aucune. De nombreux antidépresseurs ont été essayés, mais ne sont pas supportés par le patient (réactions psychotiques). En dernier recours, des gouttes de Surmontil (25 gouttes/jour) lui avaient été bénéfiques.

Recommandations pour la future thérapie : le cadre actuel me paraît optimal.

1.6. Incapacité de travail médicalement attestée

Profession : [...].

50 % - indéterminé. »

Le Dr N. _____ a en outre précisé que l'activité de 50 % exercée actuellement semblait être un maximum. Il a indiqué que lorsque, en fonction de diverses exigences professionnelles, l'assuré avait été sollicité davantage, divers symptômes étaient immédiatement apparus : troubles de la concentration, irritabilité, troubles du sommeil, fatigue.

Par communication du 12 février 2009, l'OAI a informé l'assuré que son taux d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuait donc à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 50 %).

D. Le 12 septembre 2011, l'employeur de l'assuré a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

« Comme vous le savez, M. J. _____ bénéficie d'une demi-rente AI depuis quelques années en raison de son état de santé que vous connaissez. Il est occupé chaque après-midi - ce qui lui convient mieux que le matin - à [...] en tant que collaborateur Front Office (21h/semaine).

Or, suite à des douleurs permanentes au niveau de la cage thoracique, M. J. _____ s'est entretenu avec le soussigné afin de discuter de son avenir professionnel au sein de T. _____. Selon lui,

la pression des objectifs imposée par son job ne lui convient pas, raison pour laquelle il souhaite que son cas soit revu dans le sens d'un reclassement professionnel, voire d'une augmentation du degré d'invalidité.

Nous vous prions donc de réexaminer le dossier de notre employé et vous en remercions par avance. »

Le 3 octobre 2011, le Dr Q. _____ a établi un rapport en ces termes :

« Diagnostics :

- Thoracodynies persistantes gauches sur status post-embolie pulmonaire avec infarctus pulmonaire gauche et status post-exploration chirurgical par thoracoscopie du lobe inférieur gauche
- Hernie discale C4-C5 provoquant des cervico-brachialgies gauches récidivantes
- Tendinopathie du sus-épineux gauche
- Etat dépressif réactionnel
- Colopathie probablement fonctionnel

Ce patient présente depuis février 2011 une aggravation de son état en raison notamment de l'importance des douleurs cervico-brachiales et des douleurs thoraciques persistantes nécessitant un traitement de Dafalgan, de Tramal, de benzodiazépines et une prise en charge chez le Dr K. _____ (consultation de la douleur à [...]).

En raison de l'importance des douleurs, le patient présente un état dépressif réactionnel avec fatigue et troubles de la concentration, invalidant au niveau de son activité professionnelle. Monsieur J. _____ est sous Surmontil gouttes.

Au point de vue activité professionnelle, on peut estimer un degré d'incapacité de travail de 70% dans son poste actuel et de 50% dans une activité adaptée.

Le pronostic reste réservé vu l'évolution actuelle avec persistance des syndromes algiques malgré le traitement et son état dépressif (qui est également dû à son récent divorce).

Notons encore chez ce patient qu'en raison de son syndrome algique et de ses troubles de concentration, il a beaucoup de difficultés à fournir les prestations demandées dans le cadre de son travail, raison pour laquelle une demande de reconversion professionnelle devrait être envisagée.»

Le 27 octobre 2011, ce praticien a répondu au questionnaire de l'OAI que l'assuré pouvait travailler à 50% dans son activité habituelle et probablement plus dans une activité adaptée. A la question « peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail ? », il a répondu « probablement

oui ». Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné des douleurs thoraciques.

Le 1^{er} décembre 2011, le Dr K._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, voire aggravé, et que le pronostic était défavorable. Il a posé le diagnostic de neuropathie thoracique, les douleurs étant inchangées.

Le 5 mars 2012, le Dr Q._____ a indiqué que l'état de l'assuré s'était aggravé depuis fin octobre 2011. Il a en outre mentionné que depuis son dernier rapport du 10 octobre 2011, l'assuré avait dû cesser son activité depuis le 31 janvier 2012 auprès de T._____ pour des raisons médicales, son incapacité de travail étant totale dans toute activité. Il a posé les diagnostics suivants ayant des conséquences sur la capacité de travail :

- Etat dépressif réactionnel avec fatigue et troubles de la concentration
- Thoracodynies persistantes gauches sur status post embolie pulmonaire avec infarctus pulmonaire gauche et status post-exploration chirurgicale par thoracoscopie du lobe inférieur gauche
- Hernie discale C4-C5 provoquant des cervico-brachialgies gauches récidivantes
- Tendinopathie du sus-épineux gauche
- Colopathie probablement fonctionnelle

Le Dr Q._____ a en outre exposé qu'en raison de son problème somatique, le patient était souvent absent du travail, et que sur le plan psychique, il présentait un état anxio-dépressif accompagné de diminution de la concentration et d'une importante fatigue.

Le 12 juin 2013, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif, épisode moyen, anxiété généralisée et consommation de cocaïne nocive pour la santé. Il a mentionné que le

traitement ambulatoire avait débuté le 26 mars 2013, l'incapacité de travail étant totale depuis cette date et que le précédent médecin était le Dr Q._____. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis septembre 2011 où il avait développé des symptômes anxio-dépressifs dans le contexte d'un stress professionnel. Il ajoutait que son patient était en arrêt maladie depuis fin 2011. Il a noté que l'assuré consommait de la cocaïne régulièrement. Il a exposé que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « douleurs, tristesse, changement de l'humeur, dévalorisation, baisse de l'estime de soi, de la concentration et de la tolérance au stress ». Il a estimé la capacité de travail de l'assuré nulle dans l'activité habituelle et, en cas d'amélioration de son état psychique, qu'elle pourrait être augmentée à 30 %, le pronostic étant réservé.

Un examen rhumatologique et psychiatrique a été organisé au SMR. Dans leur rapport du 11 février 2014, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont indiqué notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*
 - THORACODYNIE PERSISTANTE G DANS LE CADRE D'UN STATUS APRÈS THORACOSCOPIE AVEC EXPLORATION CHIRURGICALE DU LOBE INFÉRIEUR G DANS UN CONTEXTE D'EMBOLIE PULMONAIRE BILATÉRALE AVEC INFARCTUS PULMONAIRE G. R 07.4.
 - CERVICOBRACHIALGIES G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET GÉNÉRATIFS DU RACHIS CERVICAL. M 54.2.
 - PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE BILATÉRALE AVEC TENDINOPATHIE DU SUS-ÉPINEUX G. M 75.
 - SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL À PRÉDOMINANCE G. M 22.2.

- *sans répercussion sur la capacité de travail*
 - MAJORATION DES SYMPTÔMES POUR RAISONS PSYCHOLOGIQUES.
 - COLOPATHIE PROBABLEMENT FONCTIONNELLE.
 - LOMBALGIES DANS LE CADRE DE DISCRETS TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS. M 54.5.
 - ANCIENNE COCAÏNOMANIE.
 - INFECTION INTESTINALE À CLOSTRIDIUM DIFFICILE, ACTUELLEMENT TRAITÉE PAR ANTIBIOTHÉRAPIE.
 - TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE ACTUEL LÉGER À MOYEN SANS SYNDROME SOMATIQUE (F33.00/F33.10).
 - TROUBLE ANXIEUX SANS PRÉCISION (F41.9).

- MAJORATION DE SYMPTÔMES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES (F68.0).
- SYNDROME DE DÉPENDANCE À LA COCAÏNE, ACTUELLEMENT ABSTINENT (F14.20).

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Au status actuel, on note un assuré en état général conservé, normocarde, hypertendu à 160/100 mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler chez le médecin traitant). L'assuré présente un discret excès pondéral avec un BMI à 26. L'assuré présente des télangiectasies au thorax, une érythroze du visage. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale, la compression thoracique indolore. L'abdomen est souple, douloureux en fosse iliaque D et à l'hypochondre D, au niveau du cadre colique, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe du pied et sur le talon est possible ddc. L'accroupissement est légèrement limité. Il entraîne des lombalgies et des vertiges. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le status neurologique est par ailleurs sp, si ce n'est une hypoesthésie et des dysesthésies de la partie antéro-basale de l'hémithorax G au testing de la sensibilité superficielle. Les épreuves de Lasègue sont par ailleurs limitées ddc à 60°, non par un syndrome radiculaire, mais par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est légèrement limitée. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule la distance pouce-C7 est légèrement augmentée à D par rapport au côté G. Les épreuves de Jobe et de palm-up sont douloureuses ddc, surtout à G. La mobilisation du poignet G en flexion dorsale entraîne des douleurs du poignet et des craquements de cette articulation. Il existe par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral à prédominance G.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des séquelles fibrotiques de la base pulmonaire G avec émoussement du sinus costo-diaphragmatique G et probablement surélévation de la coupole diaphragmatique G. Cette image reste stable au cours des années. L'assuré présente par ailleurs de discrets troubles dégénératifs du rachis à une IRM lombaire d'août 2006. Une IRM des hanches, pratiquée à la même date, est normale. Une IRM cervicale du 04.12.2000 met en évidence une petite hernie discale C5-C6 paramédiane G. Une IRM cervicale du 28.01.2003 n'aurait mis en évidence que de très discrètes discopathies visibles en C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7, se manifestant par un léger hyposignal des disques en pondération T2 et une très légère protrusion, la protrusion discale en C5-C6 étant plus proéminente du côté G que du côté D, mais sans empreinte sur les émergences radiculaires. Selon le rapport à disposition et en l'absence des clichés, une IRM cervicale du 17.01.2005 aurait mis en évidence de légères discopathies pluri-étagées et une légère spondylose

vertébrale avec, en C5-C6, une légère protrusion discale paramédiane G sans hernie discale et avec trous de conjugaison et récessi libres. Une IRM de la cheville et du pied G auraient mis en évidence un très discret hypersignal aspécifique le long du plan aponévrotique du muscle abducteur du petit orteil et, à moindre degré, le long du ligament plantaire long traduisant une infiltration oedémateuse d'origine indéterminée de probable origine mécanique. On n'observe cependant aucune lésion osseuse, ligamentaire ou tendineuse au niveau de la cheville ou du pied.

Une échographie de l'épaule G de septembre 2003 aurait mis en évidence un discret épaissement du tendon du sus-épineux, compatible avec une tendinopathie modérée, sans autres lésions appréciables. Des radiographies de l'épaule G auraient montré une discrète sclérose du trochiter G. Une arthrographie avec arthro-IRM de l'épaule G de décembre 2004 aurait mis en évidence des signes de tendinopathie du tendon du sus-épineux, mais sans rupture de la coiffe des rotateurs, sans lésions notables des bourrelets. Il existait également à cette épaule, une arthrose acromio-claviculaire G modérée. Un CT-Scan abdominal complet du 22.04.2003 aurait mis en évidence un épaissement pariétal circonférentiel des 7 à 8 centimètres distaux de la dernière anse grêle, faisant suspecter une probable iléite dont on ne peut déterminer la nature inflammatoire, infectieuse ou éventuellement tumorale. Selon le Dr H._____, un CT-Scan abdominal complet du 05.02.2007 se serait avéré normal.

Dans cette situation clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle d'employé [...] travaillant au guichet et la capacité de travail est donc nulle dans cette activité. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, nous retenons tout de même une incapacité de travail de 50 %, au vu du probable caractère neuropathique des douleurs. Nous ne retenons cependant pas une capacité de travail supérieure à 50 %, au vu de la relativement bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien rhumatologique, l'assuré étant resté assis sans gêne particulière pendant les premières 45 minutes de l'entretien, puis s'étant levé quelques secondes pour se rasseoir pendant les 10 minutes restantes de l'entretien rhumatologique. Cependant, nous sommes frappés chez cet assuré par une importante fixation sur ses douleurs et un discours centré sur ces dernières. Dans cette situation, nous retenons le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Nous ne retenons par contre, comme le Dr. G._____, un syndrome-douloureux chronique de type syndrome fibromyalgique, qu'il avait retenu dans son rapport de consilium du 09.02.2005, l'assuré ne présentant actuellement des douleurs à la palpation de seulement 2 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. A relever cependant qu'à l'époque déjà, le Dr G._____ relevait que les différentes pathologies localisées ne parvenaient pas à expliquer correctement le syndrome douloureux présenté par l'assuré. Il faut noter encore que, en raison de la majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer.

[...]

L'examen psychiatrique de ce jour objective un trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen, sans syndrome somatique. Deux critères majeurs sont en effet présents : abaissement de l'humeur d'intensité légère à moyenne, et réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Cette réduction de l'énergie est en partie d'origine dépressive, en partie réactionnelle aux douleurs. Par ailleurs, 2 critères mineurs sont présents : une diminution de l'appétit et une certaine diminution de la confiance en soi. L'examen n'a par contre pas objectivé de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assuré déclare qu'il n'en a « aucune idée »), pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive. Enfin, seuls trois symptômes du syndrome somatique sont présents : une dépression plus marquée le matin, une perte marquée de l'appétit et une diminution marquée de la libido (d'après l'assuré, surtout en relation avec la prise d'antidépresseurs). Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

Par ailleurs, l'examen objective un trouble anxieux, sans précision. Nous ne retenons pas le diagnostic d'anxiété généralisée (mentionné par le Dr C. _____ dans son rapport du 12.06.2013), en raison de l'absence d'attente craintive et de tension motrice continue. Il existe par contre une anxiété fluctuante avec souvent sensation de boule dans la gorge, qui nous fait retenir ce diagnostic. Celui-ci n'a pas de caractère incapacitant.

En présence de symptômes physiques initialement dus à un trouble somatique, mais amplifiés par l'état psychique de l'assuré, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est retenu. Celui-ci impose la discussion des critères de sévérité : si nous sommes bien en présence de douleurs chroniques, si l'on doit considérer qu'à l'heure actuelle les traitements ont échoué, on ne peut actuellement affirmer que l'état psychique de l'assuré est cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique, et il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. Dans ces conditions, ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant au sens de l'AI, il ne relève pas de l'AI.

Enfin, une consommation de cocaïne avait été débutée il y a trois ans et a été arrêtée il y a quatre mois, justifiant le diagnostic de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinente. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

A la fin de l'entretien, l'assuré déclare qu'il aimerait bien partir plus souvent en [...] parce qu'il s'y sent bien : ses douleurs, dit-il, diminuent considérablement « à cause du climat chaud et humide ». L'assuré précise encore que ses « périodes dépressives » ont toujours été réactionnelles à ses douleurs.

Sur le plan psychiatrique, on doit considérer que l'incapacité de travail est de 50% dès août 2008 (comme l'atteste le Dr N. _____ dans son rapport psychiatrique du 21.08.2008). L'incapacité de travail est ensuite totale dès le 26.03.2013 (comme l'atteste le Dr C. _____ dans son rapport médical du 12.06.2013), et cette

incapacité de travail devient nulle à partir d'octobre 2013, date du début du séjour de l'assuré en [...] pour trois mois.

Limitations fonctionnelles

Rachis et thorax : nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de rotation du tronc ou de la tête. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis septembre 2001.

Sur le plan psychiatrique, le Dr N._____, dans son rapport psychiatrique du 21.08.2008, attestait une incapacité de travail de 50 %. Nous retenons ce taux et cette date.

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

Il est resté de 50 % dans l'activité habituelle d'employé [...] depuis cette date. Il est passé à 100 % depuis le 01.12.2011 dans cette activité. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 50 % depuis septembre 2001.

Sur le plan psychiatrique, on doit considérer, à l'instar du Dr C._____, que l'incapacité de travail est totale dès le 26.03.2013, mais qu'elle est nulle à partir d'octobre 2013, date du départ de l'assuré pour un voyage de trois mois en [...].

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE :	0 % COMME EMPLOYÉ [...].
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :	50 % DEPUIS SEPTEMBRE 2001
	0% DEPUIS LE 26.03.13.
	50 % DEPUIS OCTOBRE 2013 »

Le 24 février 2014, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, s'est rallié aux conclusions des Drs B._____ et F._____.

Le 27 février 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2013 jusqu'au

31 décembre 2013, puis à nouveau une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2014, et cela notamment pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Actuellement vous bénéficiez d'une demi-rente (taux 50%) versée depuis le 1^{er} novembre 2004.

En septembre 2011, nous avons reçu un courrier de votre employeur T._____ qui nous informait que votre état de santé s'était aggravé.

Dans le cadre de l'instruction de votre dossier, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été mis en place.

L'examen précité a été effectué le 13 janvier 2014. Il ressort de cet examen :

Sur le plan psychiatrique, votre incapacité de travail était de 50% depuis septembre 2001. Il est resté de 50% dans votre activité habituelle d'employé [...] depuis cette date. Ensuite, il est passé à 100% depuis le 1^{er} décembre 2011 dans cette activité. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 50% depuis septembre 2001. Dans le cadre de la révision actuelle, on doit considérer que votre incapacité de travail est de 100% dès le 26 mars 2013, mais qu'elle est nulle à partir d'octobre 2013, date de votre départ pour un voyage de trois mois en [...].

En résumé votre capacité de travail exigible est de 0% comme employé [...] au guichet. 50% depuis septembre 2001 dans une activité adaptée, ensuite 0% dès le 26 mars 2013 et 50% depuis octobre 2013.

Ainsi, en application de l'article précité, le passage à la rente entière peut intervenir au plus tôt dès le 1^{er} juin 2013, soit trois mois après l'aggravation de votre état de santé, jusqu'au 31 décembre 2013, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé. »

L'assuré a fait part de ses objections dans une écriture mentionnant la date du 5 mars 2014, dans laquelle il a requis un complément d'instruction, soit un rapport circonstancié de la part du Dr Q._____ concernant les séquelles invalidantes de la « thoracotomie ». Il a en outre conclu à être rétabli dans ses droits et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} juin 2013 et cela également pour les périodes où il se trouvait à l'étranger. À l'appui de ses écritures, il a produit un rapport médical du 10 janvier 2014 du Dr K._____, dans lequel ce dernier écrivait notamment que la situation était, sur le plan somatique, inchangée voire pire qu'avant et qu'une fragilité psychologique

s'était également installée. Il indiquait que l'assuré décrivait une nette amélioration des symptômes au climat tropical, ce qui était tout à fait possible, l'assuré l'ayant constaté à plusieurs reprises lors de séjours en [...]. Il a ajouté ne pas avoir de nouvelles options thérapeutiques à proposer. L'assuré a produit également des photocopies de huit pièces justificatives de l'hôpital de [...] en [...].

Dans un avis médical du 15 avril 2014, le Dr S. _____ a notamment relevé ce qui suit :

« Dans le rapport d'examen du 13.01.2014 en page 1 mentionnent que l'assuré souffre depuis 2001 des douleurs thoraciques persistants suite à une thoracoscopie pour status post embolie pulmonaire et infarctus pulmonaire. A l'anamnèse actuelle (cf page 5) l'assuré ne signale pas de dyspnée. A l'examen (cf page 7) l'auscultation cardiopulmonaire est normale de même que la palpation et la mobilisation du thorax.

L'assuré a donc subi en 2001 une thoracoscopie (et pas thoracotomie tel que affirmé par le juriste Alain Barbier dans son courrier du 07.04.2014). Comme mentionné dans le rapport opératoire du Dr B.L. _____ chirurgien au R. _____ du 07.09.2001 il s'est agi d'une intervention exploratrice sans ablation du poumon ou d'un lobe En l'absence de nouvelle embolie pulmonaire ou nouvelle intervention et sur la base de l'examen clinique et thoracique normal en janvier 2014 nous retenons la situation inchangée depuis 2001. Dans son courrier du 10.01.2014 le Dr K. _____ médecin responsable du [...] mentionne que la situation est inchangée sur le plan somatique et affirme que « il n'a pas de nouvelles options thérapeutiques à proposer ». Ce médecin mentionne une « fragilité psychologique » qui a été diagnostiquée comme un épisode dépressif léger à moyen et non incapacitant par le Dr F. _____ psychiatre le 13.01.2014.

Au vu de ces éléments et en l'absence d'éléments médicaux nouveaux, nous confirmons nos conclusions de l'avis SMR du 24.02.2014. Nous retenons une CT de 50% dans une activité adaptée aux LF physiques mentionnées par le Dr B. _____ en page 14 du rapport d'examen depuis 2001. Sur le plan psychiatrique la CT est nulle et pas totale comme par erreur mentionné dans notre avis précédent) du 26.03.2013 à octobre 2013. »

Par décision du 12 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet en allouant à l'assuré une demi-rente depuis le 1^{er} janvier 2014. Par décision du 19 juin 2014, l'autorité a octroyé une rente entière à l'assuré pour la période du 1^{er} juin 2013 au 31 décembre 2013.

E. Par acte du 12 juin 2014, J._____ a recouru contre la décision du 12 mai 2014 en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juin 2013 tant en Suisse qu'à l'étranger et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction. Il soutient en substance que l'amélioration mentionnée par le [...] est négligeable, et que l'OAI n'a pas suffisamment tenu compte des douleurs thoraciques intenses dont il souffre, ni des troubles dépressifs récurrents, de l'anxiété généralisée et de sa personnalité dépendante (notamment cannabis et alcool). Il indique avoir demandé à l'OAI de compléter l'instruction en demandant d'autres rapports plus détaillés et objectivant son état de santé et qu'il lui avait semblé que l'OAI le suivait dans cette démarche puisqu'il avait précisé dans sa lettre du 10 avril 2014 que des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires. Il allègue en outre avoir souffert de paralysies cérébrales congénitales (spastiques, athétosiques et ataxiques [ch. 390 de l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21 ; OIC]) et de troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez des sujets d'intelligence normale (ch. 404 OIC). Déclarant souffrir depuis son plus jeune âge d'un syndrome psycho-organique, puis essentiellement de dystonie neurovégétative marquée s'exacerbant périodiquement sous forme de crises aiguës, il ajoute que ces pathologies ont nécessité plusieurs hospitalisations à [...] en 1988. Il souligne en outre que le Dr X._____, dans un rapport médical du 11 décembre 1990, mentionnait en plus de ces affections que le recourant consommait à l'époque des quantités importantes de cannabis et d'alcool. Compte tenu de l'analyse faite par le Dr C._____, il estime que l'intimé n'a pas investigué suffisamment avant de rendre sa décision. Il soutient que sur le plan économique, aucun employeur ne voudra l'engager au vu de ses problèmes médicaux et que la rente doit également lui être versée lorsqu'il séjourne en [...] dès lors qu'il souffre tout autant de douleurs et qu'il n'est pas autorisé à exercer une activité lucrative dans ce pays.

Le recourant a également produit un rapport médical du 3 juin 2014 du Dr C. _____ dont la teneur est la suivante :

« La personne susmentionnée est suivie auprès de ma consultation depuis le 26.03.2013.

Les diagnostics :

Trouble dépressif récurrent, épisode moyen.
Anxiété généralisée.
Personnalité dépendante.
Douleurs thoraciques.

Anamnèse :

L'assuré est l'aîné d'une fratrie de deux frères. Il est divorcé et père d'un fils qui vit dans le canton de [...]. En 2001, il a subi une intervention chirurgicale qui a engendré de très fortes douleurs thoraciques. Il a bénéficié de l'AI à 50 % en septembre 2001. Il a développé des symptômes anxio-dépressifs dans le contexte d'un stress professionnel en raison de sa fragilité psychologique et ses douleurs thoraciques. Il était en arrêt maladie depuis fin 2011. A noter que l'assuré consomme de l'alcool pour soulager ses symptômes d'angoisse.

Dans ses antécédents je note les points suivants :

- Difficultés à la naissance.
- Suivi pédopsychiatrique à l'âge de 6 ans en raison de trouble de la concentration et trouble d'angoisse.
- Difficultés scolaires avec une prise en charge de l'assurance d'invalidité pendant l'enfance.
- Selon son rapport du 11 décembre 1990, le Dr X. _____ de [...] signale un syndrome psycho-organique depuis la naissance.
- Consommation de cannabis et de l'alcool.
- Le patient a été exempté de service militaire à l'âge de 18 ans en raison de son affection psychologique.

Status psychique :

Douleurs, tristesse, changement de l'humeur, dévalorisation, baisse de l'estime de soi, de la concentration et de la tolérance au stress. Il signale des symptômes d'angoisse, irritabilité et impulsivité, trouble du sommeil. Il ne se sent pas reconnu dans sa souffrance psychique et physique. Il a présenté parfois des idées suicidaires il y a environ 9 mois.

Traitement actuel :

Surmontil 100 mg par jour.
Xanax 1mg 2 fois par jour.
Zolpidem 10 mg par jour.
Targin 10 mg par jour.
Pripiran 10 mg par jour.
Sintrom.

M. J. _____ a besoin de son traitement médicamenteux antalgique et psychotrope pendant son séjour en [...], à son retour en Suisse j'ai noté une dégradation de son état psychique.

Dans ce contexte, je suis d'avis que le patient présente une fragilité psychologique depuis son enfance, sa capacité professionnelle est fortement dégradée en raison de son état psychique ainsi que ses douleurs chroniques. »

Le recourant a produit également une décision du 15 août 1980 de l'OAI [...] accordant notamment des mesures médicales concernant les infirmités congénitales nos 390 (réd. dans sa teneur en 1980 : paralysies, athétoses et dyskinésies cérébrales congénitales) et 404 OIC (réd. dans sa teneur en 1980 : troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques ou intellectuels à condition qu'ils aient été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année [syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion localisée du cerveau]).

Dans sa réponse du 19 août 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant en particulier que le rapport médical du Dr C. _____, peu précis, ne permettait pas de s'écarter des constatations médicales sur lesquelles était fondée sa décision.

Le recourant a maintenu ses conclusions dans sa réplique du 15 septembre 2014. Il reproche notamment à l'OAI de ne pas avoir demandé au Dr C. _____ les motifs pour lesquels il s'écarterait de l'appréciation des médecins du SMR.

L'OAI a maintenu ses conclusions dans son écriture du 6 octobre 2014.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) Il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière à modifier son taux d'invalidité.

2. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux

d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et réf. cit.). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et réf. cit. ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et réf. cit.).

En l'espèce, il y a lieu de comparer les circonstances existant lors de la décision rendue le 12 février 2009 et celles existant lors de la décision rendue le 12 mai 2014.

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 al. 1 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). 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 (art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante

pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_1023 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du

médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

4. a) aa) En l'espèce, sur le plan somatique, lors de la décision rendue le 12 février 2009, le Dr Q. _____ avait posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de status post-embolie pulmonaire bilatérale avec infarctus pulmonaire gauche, status post-exploration chirurgicale par thoracoscopie du lobe inférieur gauche, thoracodynies persistantes gauches, hernie discale C4-C5 avec cervico-brachialgies gauches récidivantes et tendinopathie du sus-épineux gauche. Comme diagnostic sans conséquence sur la capacité de travail, il avait retenu le diagnostic de colopathie probablement fonctionnelle, une maladie de Crohn n'ayant pas été confirmée. Il avait en outre notamment indiqué que le recourant avait dernièrement présenté un état anxio-dépressif suite à la séparation conjugale. Ce praticien avait mentionné comme limitations fonctionnelles qu'en raison des problèmes vertébraux du recourant, le port des charges lourdes était contre-indiqué. Sur le plan de la mobilité, il n'avait pas noté pas de limitation particulière les limitations étant essentiellement dues au syndrome douloureux. Il estimait à 50% maximum la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de [...].

bb) Sur le plan psychique, le Dr N. _____ avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, en précisant que le recourant était compensé, plus ou moins stabilisé avec d'importantes limitations psychologiques et physiques mais connaissant d'impressionnantes décompensations dépressives et anxieuses lorsqu'il se trouvait confronté à certaines difficultés (retrait, idées suicidaires, équivalents suicidaires). Il estimait l'activité de 50 % exercée semblait être un maximum et ajoutait que lorsque, en fonction de diverses exigences professionnelles, le recourant avait été sollicité davantage, divers

symptômes étaient immédiatement apparus: troubles de la concentration, irritabilité, troubles du sommeil, fatigue.

b) aa) Lors de la décision attaquée, sur le plan somatique, les Drs B._____ et F._____ ont retenu comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail une thoracodynie persistante gauche dans le cadre d'un status après thoracoscopie avec exploration chirurgicale du lobe inférieur gauche dans un contexte d'embolie pulmonaire bilatérale avec infarctus pulmonaire gauche, des cervicobrachialgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec tendinopathie du sus-épineux gauche et un syndrome rotulien bilatéral à prédominance gauche. Au vu de ces diagnostics, ils ont estimé que les limitations fonctionnelles (rachis et thorax : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de rotation du tronc ou de la tête. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc) n'étaient pas respectées dans l'activité habituelle d'employé [...] travaillant au guichet et que la capacité de travail était donc nulle dans cette activité depuis le 1^{er} décembre 2011. En revanche, ils ont retenu une capacité de travail de 50 % depuis septembre 2001 dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Les Drs B._____ et F._____ ont ainsi retenu une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique. Leurs conclusions ne sont pas infirmées par celles du Dr Q._____, qui retient également une aggravation de l'état de santé du recourant et qu'il ne peut plus travailler dans son activité habituelle. Le Dr Q._____ n'explique toutefois pas pour quel motif le recourant ne pourrait pas exercer une activité adaptée sur le plan somatique.

Les conclusions des médecins du SMR concernant les affections somatiques dont est atteint le recourant relèvent d'un examen approfondi du cas du recourant. Elles sont motivées et convaincantes. Leur rapport, qui souscrit aux réquisits de la jurisprudence, a valeur probante.

bb) Sur le plan psychiatrique, ces praticiens n'ont pas retenu de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail du recourant. Ils ont expliqué que l'examen psychiatrique objectivait un trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen, sans syndrome somatique, deux critères majeurs étant présents (abaissement de l'humeur d'intensité légère à moyenne et réduction de l'énergie en partie d'origine dépressive, en partie réactionnelle aux douleurs) ainsi que deux critères mineurs (diminution de l'appétit et une certaine diminution de la confiance en soi). En revanche, ils n'ont pas constaté de diminution de la concentration et de l'attention, d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir, d'idéation suicidaire, ou de perturbation du sommeil d'origine dépressive. Quant au diagnostic d'anxiété généralisée posé par le Dr C._____, ils ne l'ont pas retenu en raison de l'absence d'attente craintive et de tension motrice continue, retenant uniquement un trouble anxieux, sans précision. Enfin, la consommation de cocaïne débutée trois ans auparavant a été arrêtée quatre mois avant l'examen justifiant le diagnostic de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent.

Les médecins du SMR ont ainsi exposé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles dès la date de l'examen, ils n'ont pas retenu les diagnostics de trouble dépressif, épisode moyen, d'anxiété généralisée et de consommation de cocaïne nocive pour la santé posés par le Dr C._____ dans son rapport du 12 juin 2013. En revanche, ils ont suivi les conclusions de ce médecin pour la période précédant leur examen, retenant ainsi une incapacité de travail totale du 26 mars 2013 à octobre 2013, date du début du séjour du recourant en [...]. Il apparaît en effet que pour effectuer un tel séjour, l'état de santé psychique du recourant s'est suffisamment amélioré pour lui permettre un tel voyage.

Le rapport du 3 juin 2014 du Dr C._____ ne remet pas en cause ces conclusions. Ce rapport est en effet insuffisamment documenté.

Le rapport des Drs B._____ et F._____ peut dès lors également être suivi en tant qu'il concerne les problèmes psychiques du recourant, lesquels n'apparaissent plus invalidants.

c) En conclusion, force est de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique dès le 1^{er} décembre 2011.

5. Il reste à examiner l'aspect économique.

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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). L'année déterminante est celle de la modification de l'état de santé du recourant, soit en l'espèce 2011, puisque depuis le 1^{er} décembre 2011, le recourant ne peut plus travailler à 50% dans son activité habituelle mais uniquement dans une activité adaptée.

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 ; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce en qualité de collaborateur front-office, le salaire du recourant s'élevait en 2004 à 81'250 fr. par an, revenu qu'il y a lieu d'indexer en 2011 (2005 : 1%, 2006 : 1.2%, 2007 : 1.6%, 2008 : 2 %, 2009 : 2.1%, 2010 : 0.8%, 2011 : 1% [Office fédéral de la statistique, Indice suisse des salaires, Indice des prix à la consommation T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2014 (2/2)], soit 89'459 fr. 60.

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

c) En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1 niveau de qualification 4) et 4'950 fr. 01 en 2011 compte tenu d'une indexation de 1%. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans

les entreprises en 2011 (41,7 heures; Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2016), le revenu mensuel s'élève à 5'160 fr. 39 ($4'950 \text{ fr. } 01 \times 41,7 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 61'924 fr. 63, dont le 50% est égal à 30'962 fr. 30.

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et réf. cit. ; voir également TF I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3).

En l'espèce, le recourant, qui a travaillé depuis plus de vingt ans au service du même employeur, se voit contraint d'exercer une autre activité et à temps partiel. En outre, ses limitations fonctionnelles sont importantes, à savoir : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas de rotation du tronc ou de la tête ; pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ; pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque; pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc. Compte tenu de ces éléments, un taux d'abattement de 15% apparaît justifié.

Le salaire avec invalidité s'élève ainsi à 26'318 fr. En le comparant au salaire de 89'459 fr. 60, on obtient un taux d'invalidité de 70.58% ($\{[89'459.60 - 26'318 \text{ fr.}] \times 100\} / 89'459 \text{ fr. } 60$).

Le recourant a ainsi droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2012, soit trois mois après le début de l'aggravation de son état de santé (art. 88a al. 2 RAI).

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction tel que requis par le recourant n'apparaît pas utile. Sa requête doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente entière est allouée au recourant depuis le 1^{er} mars 2012.

Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. Les frais d'arrêt, par 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI.

**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 12 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à J._____ depuis le 1^{er} mars 2012.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Christophe Pierre Reinhard le montant de 1'500 fr. (mille cinq cent francs) à titre de dépens.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Alain Barbier (J. _____), à Yvonand,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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. 1LTF).

La greffière :

