

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], [...] à la J. _____ à 100 %, a présenté une incapacité totale de travail dès le 3 mars 2010. Il a déposé le 22 décembre 2010 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une apnée du sommeil, de problèmes intestinaux, d'allergies alimentaires, de tremblements des mains et des doigts, de douleurs au genou gauche, ainsi que d'une épicondylite au bras gauche.

Dans un rapport à l'OAI du 4 janvier 2011, le Dr W. _____, responsable de l' [...], a décrit que l'assuré était à l'arrêt depuis mars 2010 à la suite de l'apparition de plus en plus fréquente de vertiges, associés à une fatigue. Les investigations ne semblaient pas avoir permis d'en déterminer l'origine. Le tableau clinique évoluait dans un contexte de syndrome d'apnées du sommeil, d'une rhino-conjonctivite allergique et de tremblements des membres supérieurs s'inscrivant dans un probable état anxio-dépressif. A la suite de l'arrêt du travail, la suppression des horaires de nuit avait permis une amélioration clinique, notamment sur le plan digestif. Quant à la problématique respiratoire, une septo-turbinoplastie avait été effectuée en novembre 2010.

Le 7 février 2011, l'employeur de l'intéressé a indiqué que ce dernier avait repris une activité administrative à 50 % dès le 24 janvier 2011.

Dans un rapport du 11 février 2011 à l'OAI, le Dr N. _____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics d'état de fatigue accompagné de troubles vertigineux, d'intolérances digestives, ainsi que de troubles du sommeil, existant depuis le début de l'année 2010. Une intervention chirurgicale au niveau du nez, une correction par appareillage, de même qu'un retour à des horaires réguliers du sommeil avaient permis une bonne amélioration, confirmée par la reprise d'une

activité à 50 %, mais sans travail nocturne. Dans le courant du printemps, cette activité adaptée serait probablement augmentée à 100 %.

Le 1^{er} mai 2011, l'assuré a augmenté son taux d'activité à 70 %, puis à 80 % au 3 octobre 2011.

Dans un rapport du 4 novembre 2011 à l'OAI, le Dr N. _____ a relevé que l'évolution était bonne. Il y avait une nette amélioration s'agissant de la problématique digestive, le sommeil était rétabli, la fatigue diminuait régulièrement et les vertiges avaient disparu. Une reprise du travail à 100 % pourrait être raisonnablement envisagée d'ici la fin de l'année, mais pas dans l'activité d' [...], en raison du travail nocturne.

Le 16 avril 2012, le Dr N. _____ a expliqué que l'état de son patient était stabilisé avec un taux d'activité de 80 %. La fatigue, des douleurs articulaires récurrentes, ainsi qu'une fragilité de confiance envers son propre corps empêchaient une reprise à 100 %.

Le 22 mai 2012, le Dr N. _____ a énoncé qu'il n'y avait quasiment plus de problème d'insomnie et que l'intolérance-allergie digestive était bien maîtrisée par la diététique et les horaires réguliers. Toutefois, une aggravation de la fatigue, de cause indéterminée, était apparue depuis le printemps. Cette fatigue ne permettait pas une reprise d'activité à un taux de 100 %, celui-ci demeurant à 80 %.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 17 juillet 2012, le Dr H. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé des troubles du sommeil, ainsi que de multiples troubles incompatibles avec un travail de nuit. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle d' [...] était totale à compter du 3 mars 2010. Celle dans une activité adaptée, soit sans travail de nuit, était quant à elle de 100 % dès cette date, puis de 50 % depuis le 24 janvier 2011, puis de 30 % dès le 1^{er} mai 2011, et enfin de 20 % à compter du 1^{er} juillet 2012. Le Dr H. _____ a souligné qu'aucun diagnostic précis n'avait été posé, mais

que la réalité des difficultés rencontrées ne pouvait être niée et que l'impossibilité de continuer une activité à horaires irréguliers et de nuit était démontrée.

Par décision du 27 septembre 2012, confirmant un projet du 8 août 2012, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a expliqué que les prestations ne pouvaient être versées que six mois après le dépôt de la demande du 22 décembre 2010, soit à compter du 1^{er} juin 2011. Or à cette date, il ressortait de la comparaison entre les revenus sans invalidité (85'898 fr.) et avec invalidité (72'765 fr.) un préjudice économique de 15.28 %, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations. Cette décision est entrée en force.

B. Le 18 mars 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, en faisant état d'une fatigue chronique avec des difficultés de récupération, de problèmes intestinaux, d'allergies alimentaires, de tremblement des mains augmentant suivant l'état de fatigue ou de stress, de douleurs et brûlures musculaires et articulaires, de démangeaisons et rougeurs de la peau, ainsi que de difficultés de concentration.

Le 30 mars 2015, le Dr N._____ a informé l'OAI que les diagnostics n'avaient pas changé, mais que c'était l'état général de son patient qui s'était aggravé, ne lui permettant plus que de travailler à 60 % depuis le 1^{er} mars 2015. Selon le Dr N._____, la capacité de travail allait probablement lentement se dégrader, tant la résistance de l'intéressé s'était affaiblie.

Dans un avis médical du 16 juillet 2015, la Dresse K._____ du SMR a relevé que le rapport du Dr N._____ n'apportait aucun élément médical nouveau. Une aggravation de l'état de santé n'était pas suffisamment justifiée et étayée.

Par décision du 23 septembre 2015, confirmant un projet du 20 juillet 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que

les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

C. Le 12 octobre 2015, le Dr N._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré travaillait à 60 % et que l'augmentation de ce pourcentage était impossible actuellement. Le pronostic était relativement sombre. Il a joint en annexe un courrier du même jour adressé à la S._____, dans lequel il posait les diagnostics de troubles digestifs chroniques d'origine multifactorielle (allergies et intolérances alimentaires nombreuses), d'urticaire chronique, de troubles de l'adaptation dans un contexte anxio-dépressif, de vertiges d'origine indéterminée, de syndrome d'apnée du sommeil (bien soigné par appareillage), d'épicondylite récidivante, de tremblement des membres supérieurs d'origine indéterminée, ainsi que d'état de fatigue chronique. Le Dr N._____ précisait que s'agissant des troubles de l'adaptation, malgré les médications diverses et l'approche comportementale, l'amélioration n'était pas grande, avec la persistance d'une fragilité notable à tout événement de vie, même banal, tel que partir au travail ou aller se promener. Cet aspect entraînait une incapacité de travail de 40 % d'un 100 %, avec un pronostic non favorable, malgré une adaptation du poste de travail, où le stress engendré avait été fortement diminué. Les nombreuses investigations effectuées n'avaient pas pu apporter d'amélioration.

Le 10 novembre 2015, à la demande de l'OAI, l'assuré a complété une nouvelle demande de prestations, indiquant présenter une incapacité de travail de 40 % depuis le 12 janvier 2015. Répétant les atteintes mentionnées dans sa demande du 18 mars 2015, il a en outre fait état de pustules consécutives à l'ingestion d'aliments et à des situations de vie, le plus souvent sans connaître la cause exacte, cela de manière de plus en plus fréquente.

Par avis médical du 26 mai 2016, le Dr R._____ du SMR a relevé que l'incapacité de travail de 40 % n'était pas motivée par un status clinique nouveau et précis. Les diagnostics restaient imprécis et identiques, ce qui était confirmé par le médecin traitant. La situation

semblait donc superposable à celle où une capacité de travail de 80 % avait été reconnue. Le dossier était insuffisamment fondé sur des examens spécifiques ou des avis spécialisés pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé.

Par projet de décision du 1^{er} juin 2016, intitulé « refus de prestations », l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif que la situation médicale n'avait pas changé de façon significative depuis la décision du 27 septembre 2012.

Le 21 juin 2016, l'intéressé a formulé des observations au projet précité, relevant pour l'essentiel que depuis le 12 janvier 2015, il ne pouvait plus assumer son taux de 80 % de manière durable, compte tenu d'une impossibilité avérée de récupérer d'une fatigue chronique. Son médecin traitant avait attesté une incapacité de travail de 40 %. Ses nombreuses absences en 2014 démontraient qu'un taux de 80 % n'était plus réaliste. Depuis qu'il avait réduit son taux, il n'avait plus eu d'absences répétées. Il a notamment joint en annexe plusieurs certificats médicaux successifs établis par le Dr N._____, attestant pour l'essentiel une incapacité de travail de 40 % d'un 100 % du 12 janvier 2015 au 30 juin 2016, hormis pour les périodes du 9 au 11 mars 2016 et du 29 avril au 16 mai 2016, pour lesquelles une incapacité totale était attestée.

Le 28 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il estimait que son dossier médical était suffisamment complet pour statuer. Il a ajouté qu'en cas de désaccord, il appartenait à l'intéressé de fournir les éléments de nature à modifier le projet de décision. L'OAI a imparti un délai pour produire un rapport médical apportant des éléments susceptibles de changer sa position.

Le 18 novembre 2016, dans le délai prolongé par l'OAI, le Dr N._____ a expliqué que malgré le taux d'activité de 60 % de l'assuré, la symptomatologie ne s'était pas améliorée. Il persistait une asthénie chronique, un état anxieux-dépressif, des problèmes cutanés, digestifs, de sommeil, et allergiques, en particulier au niveau alimentaire. Ces

symptômes avaient tendance à augmenter au moindre stress vécu par le patient. Selon le Dr N._____, le taux d'incapacité de travail actuel semblait être d'au moins 50 %. Une expertise était indispensable.

Par avis médical du 19 décembre 2016, le Dr R._____ du SMR a exposé que le courrier précité du Dr N._____ ne faisait pas état d'éléments nouveaux ou de démonstration objective en faveur d'une nouvelle atteinte ou d'une aggravation. Les problèmes n'étaient pas détaillés médicalement et il n'y avait pas de status clinique.

Par décision du 3 janvier 2017, intitulée « refus de prestations », l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} juin 2016, dans les termes de ce dernier. Il a exposé qu'à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, il avait « réexaminé [le] droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité ». En conclusion, cette nouvelle demande de prestations était « rejetée ». Dans un courrier du même jour, l'OAI a expliqué que le rapport du 18 novembre 2016 du Dr N._____ n'apportait pas d'élément susceptible de modifier sa position. Il n'y avait pas de démonstration objective en faveur d'une nouvelle atteinte ou d'une aggravation.

Le 24 janvier 2017, le Dr N._____ a informé l'OAI que son patient avait vécu une décompensation grave avec des intentions suicidaires, qui était liée à la décision de refus précitée.

D. Par acte du 10 février 2017, Q._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente, respectivement d'autres mesures de l'AI. Il a indiqué qu'à la suite d'intentions suicidaires à la fin du mois de janvier 2017, il bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique plus lourde avec le Dr N._____. Il avait également débuté un suivi auprès du Dr D._____, psychiatre. Il a requis la suspension de la procédure afin de permettre à ce spécialiste d'établir une expertise. En annexe, il a produit un rapport du 24 janvier 2017 du Dr N._____, énonçant que son patient avait subi une décompensation

grave, avec des intentions suicidaires marquées, et était actuellement à l'arrêt de travail à 100 % pour une période prolongée.

Dans sa réponse du 29 mars 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé qu'il ne s'agissait pas d'une décision matérielle de refus, mais d'une décision de non entrée en matière au sens de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Les pièces médicales produites par l'assuré n'avaient pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. S'agissant de la décompensation survenue en janvier 2017, l'intéressé pouvait déposer une nouvelle demande.

Par réplique du 26 mai 2017, le recourant a indiqué avoir été hospitalisé à deux reprises à la X._____ et être en incapacité totale de travail, se référant à cet égard aux pièces médicales suivantes, produites en annexe :

- un rapport du 10 février 2017 du Dr N._____ à la S._____, posant les diagnostics de dépression-trouble d'adaptation, de polyallergies et de somatisations diverses. La symptomatologie s'était aggravée de manière progressive ces dernières années, jusqu'à une situation dramatique le 20 janvier 2017 avec des idées suicidaires, date depuis laquelle l'incapacité de travail était totale ;
- un rapport du 17 mars 2017 du Dr Z._____, neurologue, concluant que l'intéressé n'était plus en mesure de travailler et devait être suivi au moins une fois par semaine par un psychiatre ;
- un rapport du 10 avril 2017 de ce spécialiste, retenant que la situation ne s'était pas améliorée et que son patient bénéficiait d'une médication pour son sommeil et son psychisme ;
- un rapport d'expertise psychiatrique établi le 3 mai 2017 par le Dr C._____, psychiatre, à la suite de deux entretiens avec l'assuré, les 22 mars et 5 avril 2017. Il posait les diagnostics de phobie

sociale (F40.0) et de trouble de l'anxiété généralisé (F41.1) depuis l'enfance, de neurasthénie (F48.0) depuis au moins 2015, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis janvier 2017 au moins, d'allergies alimentaires diverses depuis au moins 1997, ainsi que d'acouphènes, d'apnée du sommeil traitée et de tremblements au repos, tous présents depuis au moins 2015. L'incapacité de travail était totale entre 2010 et 2011, de 20 % dès janvier 2013, de 40 % depuis janvier 2015, et à nouveau totale depuis janvier 2017. Le Dr C._____ précisait que dès le début de l'année 2015, l'expertisé avait subi une nouvelle dégradation de son état de santé, avec l'aggravation de la fatigue, des tremblements et des acouphènes, générant une incapacité de travail durable de 40 %. En janvier 2017, à la suite de changements intervenus au travail, il y avait eu une grave péjoration, avec le déclenchement d'un épisode dépressif sévère ;

- un rapport du 24 mai 2017 du Dr D._____, faisant état d'un suivi depuis le 26 janvier 2017 et retenant les mêmes diagnostics que le Dr C._____. Il informait d'une hospitalisation à la X._____ du 10 au 20 avril 2017 et du 5 au 21 mai 2017. Le patient était actuellement totalement incapable de travailler.

Le 15 juin 2017, l'OAI a répété que le présent litige se situait dans le cadre de la nouvelle demande au sens de l'art. 87 RAI, ce qui signifiait qu'il appartenait à l'assuré de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, ce qui n'avait pas été le cas jusqu'à la décision du 3 janvier 2017, date déterminante pour le litige. En revanche, les éléments médicaux apportés par l'expertise du Dr C._____ pourraient être examinés dans le cadre d'une nouvelle demande.

Par déterminations du 25 août 2017, le recourant, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a précisé ses conclusions, à savoir que la décision litigieuse devait être réformée en ce sens qu'il avait droit à au moins une demi-rente d'invalidité dès le 13 octobre 2016, ainsi qu'au

versement par l'OAI de la somme de 3'875 fr. pour l'expertise réalisée par le Dr C._____. Il a soutenu que l'intimé avait violé son devoir d'information en n'indiquant pas au Dr N._____ que son rapport était insuffisant. En outre, au vu de l'absence d'instruction par l'OAI, malgré la nécessité de mettre en œuvre une expertise, le rapport du Dr C._____ avait permis d'établir clairement les diagnostics, le status et les conséquences sur sa capacité de travail. Le recourant a dès lors estimé que le coût de cette expertise devait lui être remboursé. Enfin, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et la tenue de débats publics. En annexe, il a joint une facture établie le 3 mai 2017 par le Dr C._____ pour son rapport d'expertise, d'un montant total de 3'875 francs.

Par déterminations du 24 octobre 2017, l'OAI a énoncé avoir attiré l'attention du recourant par courrier du 28 juin 2016, lui impartissant un délai pour produire un rapport apportant des éléments médicaux susceptibles de modifier sa position. Par ailleurs, il a répété que la décision litigieuse constituait une décision de non entrée en matière et qu'une expertise ou une audition n'avaient pas lieu d'être dans un tel contexte.

Par déterminations du 6 novembre 2017, le recourant a soutenu avoir rendu crédible une aggravation de son état de santé, se référant à cet égard aux rapports des 12 octobre et 18 novembre 2015 du Dr N._____.

Les 28 novembre et 8 décembre 2017, les parties ont maintenu leur position.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, est litigieuse en premier lieu la nature de la décision attaquée, singulièrement le point de savoir si l'OAI a rendu une décision de refus de prestations sur le fond, ou une décision de refus d'entrer en matière, tel qu'il le soutient dans sa réponse du 29 mars 2017.

A cet égard, et compte tenu de la teneur de la décision attaquée, il y a lieu de considérer que l'OAI n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (cf. consid. 4a

infra), mais bien une décision de « refus de prestations », ainsi que cela ressort non seulement de l'intitulé de la décision, mais également de sa motivation. On peut en effet y lire qu'à la suite du dépôt de la nouvelle demande de prestations, l'OAI a « réexaminé [le] droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité », et que ladite nouvelle demande est « rejetée ». Il y a dans ces conditions bien lieu de traiter la décision en cause non pas comme une décision de refus d'entrer en matière, mais comme une décision de refus de prestations au fond.

Ainsi, le litige porte singulièrement sur le point de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification significative entre la décision rendue le 27 septembre 2012 - savoir la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision attaquée.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est

invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231, ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas

d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (cf. ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (cf. TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de

rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

5. En l'espèce, tel que susmentionné (cf. consid. 2b supra), il y a lieu de retenir que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 10 novembre 2015. En pareilles circonstances, il lui incombait d'instruire. En effet, dans ce cas de figure, conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si l'assureur estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, il doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. ATF 132 V 93 consid. 6.4). Or en l'occurrence, l'OAI n'a pas demandé aux médecins de l'assuré de le renseigner sur l'état de santé de celui-ci.

En cours de procédure de recours, l'intéressé a produit une expertise privée établie le 3 mai 2017 par le Dr C._____, posant les diagnostics de phobie sociale (F40.0) et de trouble de l'anxiété généralisé (F41.1) existant depuis l'enfance, de neurasthénie (F48.0) depuis 2015 au moins, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis au moins janvier 2017, d'allergies alimentaires diverses depuis 1997 au moins, ainsi que d'acouphènes, d'apnée du sommeil traitée et de tremblements au repos, tous présents depuis au moins 2015. Le spécialiste a expliqué que le recourant aurait dû bénéficier depuis de longues années d'un suivi psychiatrique. En particulier, celui-ci avait subi une dégradation de son état de santé au début de l'année 2015, avec l'aggravation de la fatigue, des tremblements et des acouphènes, ce qui avait entraîné une incapacité de travail durable de 40 %. Ceci rejoint les constatations du Dr N._____, lequel avait informé l'OAI dès le mois de

mars 2015 que l'état général de son patient s'était aggravé, avec une incapacité de travail s'élevant désormais à 40 % (cf. rapport du 30 mars 2015). Par la suite, le Dr N._____ a mis en évidence un urticaire chronique et un trouble de l'adaptation dans un contexte anxio-dépressif (cf. rapport du 12 octobre 2015), puis un état anxieux-dépressif (cf. rapport du 18 novembre 2016).

Or, dans la cadre de la première demande de prestations ayant abouti à la décision du 27 septembre 2012, le Dr N._____ faisait uniquement état de fatigue avec troubles vertigineux, d'intolérances digestives, de troubles du sommeil (cf. rapport du 11 février 2011), de douleurs articulaires récurrentes et de fragilité de confiance (cf. rapport du 16 avril 2012). Dans ce dernier rapport, il estimait que l'état de son patient était stabilisé et que sa capacité de travail se montait à 80 %. Par la suite, le 22 mai 2012, ce médecin constatait qu'il n'y avait quasiment plus de problème d'insomnie et que l'intolérance-allergie digestive était bien maîtrisée, même si une aggravation de la fatigue était apparue au printemps 2012. Il concluait que le recourant était toujours en mesure de travailler au taux de 80 %. Sur cette base, le Dr H._____ du SMR a uniquement retenu des troubles du sommeil et de multiples troubles incompatibles avec le travail de nuit, et fixé une capacité de travail de 80 % dès le 1^{er} juillet 2012 (cf. avis médical du 17 juillet 2012), ce sur quoi l'OAI s'est notamment fondé pour rendre sa décision du 27 septembre 2012.

Ainsi, les constatations des Drs C._____ et N._____, faisant état d'une aggravation de l'état de santé du recourant au début de l'année 2015 ayant engendré une incapacité de travail de 40 %, sont propres à faire naître un doute sur l'appréciation du cas telle qu'elle ressort des avis du Dr R._____ du SMR. En effet, ce dernier avait exposé que le rapport du 12 octobre 2015 du Dr N._____ mentionnait des diagnostics identiques à ceux retenus précédemment et que celui du 18 novembre 2016 ne faisait pas état d'éléments nouveaux (cf. avis du 26 mai et du 19 décembre 2016 du Dr R._____). Toutefois, dans les rapports susmentionnés, le Dr N._____ avait relevé une atteinte au plan

psychique, qu'il n'avait pas mise en évidence auparavant, et attesté une capacité de travail moindre. Le Dr C._____ a lui aussi retenu une détérioration de l'état du recourant au début de l'année 2015.

Il existe donc des éléments plaidant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, à la date de la décision litigieuse rendue le 3 janvier 2017, par rapport à celui prévalant lors de la décision du 27 septembre 2012.

Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI, à qui il appartient d'instruire en premier lieu (cf. supra, art. 43 LPGA), afin qu'il reprenne l'instruction de la demande de prestations déposée le 10 novembre 2015. Dans ce contexte, l'OAI mettra en particulier en œuvre un examen comportant un volet psychiatrique.

6. Pour le surplus, au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant. S'agissant de la requête de débats publics, on relèvera que dans l'éventualité où, après complément d'instruction, l'intéressé devait ne pas obtenir gain de cause devant l'autorité administrative, il lui serait loisible de renouveler sa requête de débats publics devant la Cour de céans en cas de recours.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61

let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, dès lors que le conseil de l'intéressé est intervenu au stade des déterminations, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr., supportés par l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Le recourant requiert en outre la prise en charge par l'OAI de la note d'honoraires du Dr C._____. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 135 V 473, 115 V 62 ; TF 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En l'occurrence, la production de l'expertise privée s'est révélée utile à la solution du litige puisqu'elle conduit au renvoi de la cause à l'intimé. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion du recourant tendant à la prise en charge de la note honoraires facturée par l'expert privé, soit 3'875 fr., ces frais d'expert faisant partie des dépens (cf. ATF 115 V 62 précité).

**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 3 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction dans le sens des considérants puis 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 à Q._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais du rapport d'expertise du 3 mai 2017 du Dr C._____, par 3'875 fr. (trois mille huit cent septante-cinq francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour Q._____)
- 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 :