

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 janvier 2018

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christian Favre, avocat à Lausanne,

et

**E.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 87 al. 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a travaillé en qualité de mécanicien au service de l'entreprise S. \_\_\_\_\_. Le 14 avril 1997, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 17 juillet 1997 à l'OAI, les Drs H. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant, de la division des maladies infectieuses du Centre hospitalier [...] (ci-après : [...]), ont attesté que l'assuré était suivi régulièrement dans cet hôpital depuis le 13 mai 1996. Ils ont posé comme diagnostic une infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) symptomatique de stade C3, s'étant manifestée par une iléite récidivante à Cytomégalovirus. Comme autres diagnostics, ils ont posé un status après résection iléo-caecale pour perforation iléale (le 22 octobre 1996), un iléus grêle sur bride opératoire (laparotomie exploratrice le 11 décembre 1996) et une probable maladie de Crohn. Ces diagnostics ne représentaient aucune contre-indication à l'exercice de la profession de mécanicien de précision ; toutefois, une activité réduite à 50% paraissait adaptée à l'état de santé de leur patient. Ils ont encore précisé que les résultats du traitement antiviral étaient favorables. Le patient se plaignait d'une fatigue intense ainsi que d'un ralentissement dans l'exécution de son activité professionnelle, que l'examen clinique ainsi que les examens complémentaires effectués ne permettent pas d'expliquer. Les Drs H. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'une composante dépressive était possible.

L'OAI a confié au Dr D. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise psychiatrique. L'expert, ainsi que M. [...], psychologue-psychothérapeute FSP, ont examiné l'assuré les 19 juin et 2 juillet 1998 et rendu leur rapport le 29 juillet 1998. Il en ressort notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTIC :

(...)

On ne note pas la présence de trouble de la lignée psychotique ou anxieuse. Sa thymie est en revanche altérée, sans toutefois avoir de pensées suicidaires et étant fortement motivé pour vivre. Les moments de découragement sont passagers. Pas de notion d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la drogue. Par contre, M. A. \_\_\_ connaît des problèmes de mémoire, d'attention et de concentration. Il est soutenu par ses amis de la région et téléphone souvent à sa famille en [...]. Pas de notion de stress post-traumatique, l'assuré n'a pas fait de politique, n'a pas été incarcéré, n'a pas eu de problèmes avec la justice.

Il semble que la base de sa thymie à la baisse semble imputable en très grande partie à son état de santé physique.

(...)

DIAGNOSTIC SELON LE DSM IV :

Axe I épisode dépressif majeur chronique (d'origine organique)

Axe II Absence de diagnostic

Axe III séropositif (début d'un SIDA déclaré)

Axe IV séropositivité

DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL :

M. A. \_\_\_ aimerait bien pouvoir travailler, mais il se sent épuisé, sa capacité diminuant progressivement depuis 1996, pour se situer à 0% actuellement.

POSSIBILITÉ D'AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL :

a) par des mesures médicales :

La dépression semble secondaire surtout à la maladie somatique. Vu le tableau d'infections actuel, on peut se demander s'il ne développe pas actuellement un sida. Si c'était le cas, il faudrait réévaluer la situation après une médication anti-infectieuse adéquate. Toutefois, la présence d'un état dépressif secondaire mérite d'être pris en compte. Nous recommanderions quand même la mise en route d'un traitement anti-dépresseur comme le [...], qui présente un faible potentiel d'interaction médicamenteuse.

b) par des mesures d'ordre professionnel

Un reclassement professionnel n'est actuellement pas envisageable compte tenu de l'état physique de l'assuré. Pour autant que les raisons organiques de ses souffrances disparaissent un jour, M. A. \_\_\_ pourrait le cas échéant retourner à son métier ».

Par décision du 23 février 2000, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1997, en raison d'un taux d'invalidité de 100%. L'OAI retenait que l'incapacité de travail de longue durée avait débuté le 1<sup>er</sup> avril 1996 (cf. également le prononcé du 26 mars 1996). La décision était par ailleurs fondée sur les

codes 604 (autres affections d'origine infectieuse) et 91 (atteintes fonctionnelles combinées d'ordre mental, psychique et physique).

**b)** Après avoir entamé une procédure de révision, l'OAI a confirmé le droit à la rente entière d'invalidité par décision du 2 avril 2001. Après une nouvelle procédure de révision initiée en avril 2005, l'OAI a à nouveau maintenu le droit à la rente, par communication du 10 janvier 2006. Dans le cadre de cette dernière procédure, l'assuré a déclaré, dans un questionnaire du 29 mai 2005, que son état de santé était toujours le même et qu'il ne travaillait pas depuis l'octroi de la rente.

**c)** Dans le cadre d'une troisième procédure de révision d'office initiée le 3 février 2010, l'OAI a sollicité la remise d'un extrait du compte individuel (ci-après : CI) AVS de l'assuré. Ce document atteste que l'assuré a régulièrement perçu un salaire de l'entreprise S.\_\_\_\_\_, notamment 41'829 fr. en 2000, 29'842 fr. en 2001, 40'319 fr. en 2002, 45'352 fr. en 2004 (ainsi que pour cette même année, 540 fr. de l'entreprise [...]), 43'385 fr. en 2005, 70'203 fr. en 2006, 51'307 fr. en 2007 et 81'806 fr. en 2008 (extrait de CI du 9 février 2010). Selon une note interne relative à un entretien entre la caisse de compensation et l'OAI du 19 juillet 2010, les gains annoncés par la société S.\_\_\_\_\_ s'élevaient à CHF 51'703.25 pour l'année 2009. Ce montant a été confirmé par le nouvel extrait de compte individuel AVS de l'assuré du 27 octobre 2010.

Par décision de mesures provisionnelles du 18 octobre 2010, l'OAI a suspendu la rente d'invalidité de l'assuré à compter du 30 octobre 2010 jusqu'à nouveau droit connu.

Dans un avis médical du 25 janvier 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a relevé que dans le rapport médical du 10 mai 2010, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, spécialistes en infectiologie, médecins au [...], annonçaient un état de santé stationnaire sous trithérapie et que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de prise en charge. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé vraisemblable que l'assuré disposait d'une capacité de travail

résiduelle au vu de gains allant en s'accroissant depuis 2004 au moins, de la stabilité de l'état de santé somatique depuis 1998 et d'une vraisemblable amélioration de l'état de santé psychique, vu l'absence de suivi psychiatrique. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a donc préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer les « limitations fonctionnelles actuelles, la capacité de travail résiduelle en tant que mécanicien, ainsi que dans une activité adaptée et si possible, l'évolution de la capacité de travail depuis 2000 ».

A la demande de l'OAI, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre d'expertise médicale [...] (ci-après : le [...]) ont réalisé une expertise pluridisciplinaire les 16 et 17 mars 2011. Dans leur rapport du 23 août 2011, les experts ont estimé que l'infection HIV de stade C3 depuis 1996, traitée par trithérapie, ainsi que l'ostéoporose et la fracture pertrochantérienne gauche en 2007 (ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008) dont souffrait l'assuré, avaient un effet sur sa capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué une dysthymie/dysphorie. Ils ont retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan physique (pas de déplacement sur de longues distances, pas de lourdes charges répétitives, horaires fixes et réguliers en raison de la trithérapie), avec toutefois une diminution de rendement de 25%. Ils ont précisé que l'activité antérieure de mécanicien de précision n'était pas adaptée, car elle impliquait le tournage de grosses pièces et était de ce fait « trop lourde ». Les experts n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles au plan psychique. Ils ont précisé qu'un état dépressif majeur avait été décrit entre 1996 et 1998 et que selon le dossier et les informations données par l'assuré, on pouvait partir de l'idée qu'il s'était résorbé six à douze mois après l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 juillet 1998, soit en 1999. Ils ont au surplus apprécié la situation de la manière suivante :

« Synthèse et discussion

*Rappel de l'histoire médicale*

Monsieur A.\_\_\_\_\_ est un assuré [...], célibataire, sans enfant, mécanicien de précision.

Il est sans antécédent particulier jusqu'en décembre 1995, époque où il se plaint d'une baisse de l'état général, d'une perte pondérale, de troubles du transit et de douleurs abdominales. Il est hospitalisé au [...] pour investigations. Une coloscopie effectuée en avril 1996 révèle une iléite à cytomégalovirus et un test HIV revient positif. Le taux de CD4 est fortement diminué et un traitement antiviral est instauré. D'abord intraveineux, pratiqué au [...], puis par trithérapie per os (traitement toujours en cours actuellement et prescrit à vie).

Le 22 octobre 1996, il présente une perforation iléale qui nécessite une résection iléo-caecale. A relever que l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire est compatible avec une maladie de Crohn et qu'elle n'est pas évocatrice d'une infection à cytomégalovirus.

Le 11 décembre 1996, il subit une laparoscopie exploratrice pour iléus sur bride. En 2004, l'assuré fait une colonisation bronchique à *Mycobacterium gordonae*.

En juillet 2006, il est traité pour une syphilis primaire, notion qui ressort des documents en notre possession, le patient étant très vague sur cette affection.

Le 12 mars 2007, à la suite d'une chute, il présente une fracture pertrochantérienne du fémur gauche traitée par ostéosynthèse et l'année suivante il subit l'ablation de ce matériel. Le diagnostic d'ostéoporose est retenu depuis son accident.

Une expertise psychiatrique a été effectuée par le Dr D. \_\_\_\_\_ pour l'assurance perte de gain en 1996. Le psychiatre constatait une probable atteinte HIV et un état dépressif organique. A distance, ces appréciations se relativisent très fortement. Contrairement aussi aux propositions de l'expert, l'assuré n'a jamais bénéficié d'un traitement antidépresseur, ni en 1998, ni par la suite, bien qu'il ait été très régulièrement vu et suivi par l'unité spécialisée du [...].

Situation actuelle et conclusions:

Au niveau de la médecine interne, Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente depuis 1996 une infection HIV pour laquelle il est traité par trithérapie. Cette affection s'est compliquée d'une perforation iléale qui a nécessité une résection iléo-caecale en octobre de la même année et une laparoscopie exploratrice en décembre pour iléus sur bride. Le diagnostic de maladie de Crohn a été retenu au lieu d'une infection à cytomégalovirus, diagnostic d'abord posé.

Il est suivi régulièrement tous les trois mois par le [...] et la situation sur le plan de l'infection HIV semble stabilisée. Une trithérapie à vie est néanmoins indispensable.

Sur le plan digestif, l'évolution est également favorable bien qu'il se plaigne encore de douleurs abdominales itératives avec des selles diarrhéiques, calmées par la prise d' [...].

La fracture pertrochantérienne du fémur gauche en 2007 a également eu une bonne évolution après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Monsieur A. \_\_\_\_\_ se plaint néanmoins de douleurs au niveau de sa hanche et ne peut pas marcher sur une longue distance en raison de l'apparition assez rapide de douleurs à ce niveau. Le status local met en évidence une diminution modérée de la mobilité dans tous les plans.

A relever, en outre, que l'assuré présente une hypercholestérolémie.

Actuellement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ se plaint d'une fatigue intense, de faiblesse musculaire, de céphalées et de vertiges occasionnels. L'examen de ce jour peut être considéré comme dans les limites de la normale.

En conclusion, il y a une bonne stabilité médicale. Monsieur A. \_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de fatigue et de douleurs de hanche empêchant les marches prolongées. Les autres symptômes sont plus occasionnels.

Les trithérapies peuvent occasionner de nombreux effets secondaires, notamment de la fatigue. Les douleurs de hanche gauche à la marche peuvent trouver une corrélation avec la fracture du fémur en 2007 sur terrain d'ostéoporose.

A relever qu'une partie de la fatigue peut aussi être liée au mode de vie de Monsieur A. \_\_\_\_\_ qui a décalé son rythme circadien, dormant de 3 heures à 15 heures, fumant par ailleurs beaucoup et n'ayant aucune activité physique.

Des limitations sont admises, mais pas une incapacité de travail.

L'activité antérieure de mécanicien de précision impliquait le tournage de grosses pièces. Cette activité est trop lourde.

Une activité adaptée est possible à temps plein si les limitations suivantes sont respectées : pas de déplacement sur de longues distances, pas de lourdes charges répétitives, horaires fixes et réguliers en raison de son traitement. Une diminution de rendement de 25% peut être admise en raison de la fatigue.

Sur le plan psychique, Monsieur A. \_\_\_\_\_ est le cadet d'une fratrie de 5, issu d'un milieu rural [...] a obtenu un brevet de technicien de chantier et a travaillé 6 mois en [...]. Il est venu ensuite en Suisse où il a travaillé plusieurs années dans la mécanique, avant de perdre son emploi pour des raisons administratives. Il y a eu à son arrivée en Suisse un mariage blanc qui a peut-être joué un rôle dans la perte de l'emploi. Peu après, il a été découvert séropositif, ses médecins se sont mobilisés pour qu'il ait une situation administrative régulière et lui permettre un retour à sa place de travail. Il a cependant été déclaré inapte définitivement après un an.

L'examen clinique est dans un premier temps assez proche des observations du Dr D. \_\_\_\_\_, Monsieur A. \_\_\_\_\_ se montrant sombre, renfermé, avec tristesse sous-jacente, d'une humeur abasée, parlant peu et uniquement des aspects négatifs de sa situation, à savoir sa solitude qui est seulement évoquée.

Cette impression se modifie par la suite. On constate alors que Monsieur A. \_\_\_\_\_ est très largement non collaborant, évasif et flou dans ses réponses, pas du tout enclin à donner des informations quant à sa situation personnelle, sociale et psychique, malgré la présence d'un traducteur et une attitude bienveillante. Il est resté sans changement dans son refus de s'ouvrir plus à la discussion. Nous avons dû beaucoup insister pour obtenir quelques clarifications. Nous avons ainsi appris que son mariage était blanc et qu'il y a probablement eu des relations sexuelles avant et après. Contrairement à la notion de solitude, nous avons aussi appris que Monsieur A. \_\_\_\_\_ a un cercle assez large de connaissances avec lequel il communique via Internet. Il fréquente aussi un cercle de compatriotes qu'il voit assez régulièrement dans les alentours de [...], pour jouer aux cartes ou voir des matchs de foot. Il a finalement clairement évoqué et reconfirmé qu'il ne souffre pas d'un problème de dépression ou d'isolement, mais que sa crainte principale est que ses prestations de l'assurance-invalidité et caisse de retraite soient diminuées.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ est un homme très largement déconditionné physiquement, mais aussi dans tout ce qui concerne une éventuelle perspective de reprise d'activité. Sa plainte principale est la fatigue, élément subjectif difficile à vérifier, et qui peut être liée à la médication, mais aussi à son inversion de rythme, étant pratiquement actif jusqu'à 3 heures du matin, dormant ensuite jusqu'à 15 heures. Il est vrai qu'il s'agit d'un homme de petite taille, de constitution faible, de plus maigre, sans aucune réserve physique, évoquant un aspect bizarre, avec une exophtalmie, mais sans psychopathologie avérée.

On peut retenir par contre une situation de dysphorie/dysthymie, associée à une forme de désinvestissement des valeurs de la vie, Monsieur A.\_\_\_\_\_ se posant la question de *à quoi est-ce que tout sert*. Ceci n'entre pas dans une nosographie particulière et est d'ordre extra-médical.

*En conclusion*, l'atteinte psychique est légère, on notera qu'il n'y a aucun suivi spécifique par [un] psychiatre, ni traitement psychotrope.

L'état dysphorique évoque de loin un état dépressif et peut être confondu avec celui-ci. Il n'est pas représenté dans la classification internationale comme tel. La notion la plus proche est celle de la dysthymie. Il s'agit d'un état d'humeur fluctuante avec des éléments d'insatisfaction, de mal-être diffus, amertume de vie, irritabilité, agressivité réactive et humeur morose. Cet état peut être assez intense, mais n'empêche pas un fonctionnement dans la réalité. Nous avons trouvé plusieurs aspects de ce diagnostic chez Monsieur A.\_\_\_\_\_.

Il y a par ailleurs de nombreux facteurs extra-médicaux, notamment le déconditionnement sur plusieurs plans, ainsi que culturels assez importants. Nous avons aussi constaté que l'assuré fait très peu d'efforts pour s'intégrer, qu'il parle toujours spontanément de *chez nous* et que son système de référence se situe dans le monde de ses compatriotes [...].

La capacité de travail est complète en temps sans diminution de rendement ».

Par avis médical du 13 septembre 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu les éléments suivants sur la base de l'expertise :

« - sur le plan somatique, une situation médicale stable tant sur le plan de l'infection HIV traitée par trithérapie que sur le plan des troubles digestifs (status après résection iléo-caecale pour perforation iléale et status après laparotomie exploratrice pour iléus sur bride en 1998). L'assuré se plaint essentiellement de fatigue et de douleurs de la hanche gauche empêchant les marches prolongées, suite à une fracture pertrochantérienne du fémur gauche en 2007, traitée chirurgicalement par un clou médullaire, avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2006.

- sur le plan psychiatrique, pas de psychopathologie avérée. L'expert-psychiatre retient uniquement une dysthymie, atteinte psychique dont l'intensité ne justifie pas une incapacité de travail. L'expertise relève également un certain nombre de facteurs extra-médicaux importants (déconditionnement physique, difficultés d'intégration, etc.). Par ailleurs, il est également décrit un assuré « très largement non collaborant, évasif et flou dans ses réponses, pas enclin à donner des informations quant à sa situation personnelle, sociale et psychique ».

Les atteintes somatiques que présente l'assuré entraînent des limitations fonctionnelles qui justifient une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure de mécanicien de précision. Néanmoins, dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de déplacement sur de longues distances, pas de port de lourdes charges de manière répétée, des horaires fixes et réguliers en raison de la trithérapie, une pleine capacité de travail est exigible, avec une diminution de rendement de 25% en raison de la fatigue induite par la trithérapie.

D'un point de vue psychique, l'atteinte psychique est légère, ne requiert et n'a jamais requis de suivi spécifique, ni de traitement psychotrope. Les experts estiment que la capacité de travail est entière sans diminution de rendement.

Concernant l'évolution de la capacité de travail : sur le plan somatique, au vu de l'état stationnaire décrit depuis plusieurs années tant par les médecins de la Division des maladies infectieuses du [...] que par les experts, la capacité de travail est stationnaire. Le dossier SUVA du 05.09.2011 révèle une période d'incapacité de travail transitoire de mars à septembre 2007 suite à la fracture du fémur gauche, ainsi que de mars à mai 2008 suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Sur le plan psychiatrique, un état dépressif majeur a été décrit entre 1996 et 1998 en lien avec les problèmes somatiques rencontrés à ce moment-là. Toutefois, selon les informations au dossier, cet épisode n'a pas nécessité de prise en charge psychiatrique spécifique ni de traitement psychotrope par la suite. Dès lors, les experts estiment que cet épisode était résorbé 6 à 12 mois après l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ de juillet 1998. L'on doit donc conclure à une amélioration de l'état psychique dans le courant de l'année 1999 ».

Une communication du Service LFA (lutte contre la fraude) de l'AI du 19 décembre 2011, fait notamment état des éléments qui suivent :

« Lors d'un contrôle administratif effectué par le Service de la lutte contre le travail au noir (LTN) auprès de la société S. \_\_\_\_\_, il nous a été signalé que M. A. \_\_\_\_\_ avait un salaire déclaré de CHF 51'307.75 en 2007 et de CHF 81'806.- en 2008 par ladite société.

Ces gains sont confirmés par le nouvel extrait des cotisations [not. réd. : daté du 26.10.2011 et qui confirme les salaires annoncés par l'employeur et cités supra pour les années 2000 à 2009] et sur lequel nous constatons que des revenus y sont déclarés postérieurement à la date d'octroi de la rente entière, soit :

<b>Provenance</b>	<b>Année</b>	<b>Montant</b>
S. _____	2000	CHF 41'829.--
S. _____	2001	CHF 29'842.--
S. _____	2002	CHF 40'319.--
S. _____	2004	CHF 45'352.--
[...]	2004	CHF 540.--
S. _____	2005	CHF 43'385.--
S. _____	2006	CHF 70'203.--
S. _____	2007	CHF 51'307.--
S. _____	2008	CHF 81'806.--
S. _____	2009	CHF 51'703.--

Par projet de décision du 3 juillet 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre 2005, soit sept ans avant la décision de suppression de rente. L'OAI a en outre exigé la restitution des prestations indûment touchées, compte tenu du non-respect de l'obligation de renseigner de l'assuré portant sur la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 1<sup>er</sup> novembre 2010 (date de la suspension de la rente).

Par décision du 18 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 3 juillet 2012, en retenant les éléments suivants :

**« Résultat de nos constatations :**

Par décision du 23 février 2000, nous vous avons reconnu le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 1997.

Lors de la révision de votre rente, d'abord en mai 2000, puis en mai 2005, vous avez indiqué être sans activité lucrative.

Or, lors de la présente procédure de révision débutée en février 2010, nous nous sommes aperçus que vous aviez réalisés des gains pour une activité auprès de l'entreprise S.\_\_\_\_\_ et cela sans interruption depuis l'octroi de la rente. Pourtant dans le questionnaire de révision de mars 2010, vous indiquiez toujours être sans activité lucrative.

Force est donc de constater que vous avez manqué à l'obligation de renseigner qui vous incombait en qualité de rentier AI. Par conséquent, par décision du 18 octobre 2010, nous avons suspendu votre rente par voie de mesures provisionnelles avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2010.

Selon votre courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2010, les salaires indiqués sur l'extrait de votre compte individuel AVS seraient des salaires fictifs et ne vous auraient jamais été versés.

Or, selon les renseignements de la [...] transmis le 11 juillet 2011 au Service de l'emploi «pour la période de 2006 à 2009, les salaires de M. A.\_\_\_\_\_ (...) ont été enregistrés régulièrement comme des charges justifiées par l'usage commercial. Ces salaires ont été payés aux bénéficiaires et reportés sur les listes récapitulatives annuelles destinées à notre caisse AVS ».

En outre, selon l'expertise pluridisciplinaire du [...] du 23 août 2011, votre capacité de travail est de 100% (avec une diminution de rendement de 25%) dans une activité adaptée ne nécessitant pas de déplacement sur de longues distances, pas de port de lourdes charges de manière répétée, des horaires fixes et réguliers.

De l'avis de notre division de réadaptation, vous ne présentez pas de perte économique, puisque les revenus réalisés ces dernières années sont équivalents, voire supérieurs à ceux que vous pourriez réaliser en bonne santé. Le droit à une rente n'est donc plus ouvert.

Selon l'article 25 al. 1 LPGA (loi sur la partie générale des assurances sociales), les prestations indûment touchées doivent être restituées. La

restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

En l'espèce, la rente a été touchée indûment, puisque vous ne nous avez pas annoncé la poursuite de votre activité professionnelle et que vous ne présentez plus de perte économique depuis au moins l'année 2000.

Selon l'article 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant.

Les dispositions pénales figurant aux articles 87 et 91 de la LAVS sont applicables par renvoi de l'article 70 LAI. Ainsi, l'article 87 LAVS, consacré aux délits, stipule que celui qui, par des indications fausses ou incomplètes, ou de toute autre manière, aura obtenu, pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas (...), celui qui aura manqué à son obligation de communiquer (article 31 al. 1 LPGA) (...) sera puni, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit frappé d'une peine plus élevée par le code pénal suisse, de l'emprisonnement pour six mois au plus ou d'une amende de 30'000 francs au plus.

En l'occurrence, les dispositions pénales de la LAVS s'appliquent au cas particulier.

En effet, vous n'avez pas communiqué votre reprise d'activité lucrative. Dans les questionnaires de révision du 8 mai 2000, 29 mai 2005 et 18 mars 2010, vous vous êtes toujours annoncé comme étant sans activité lucrative, et avez ainsi, clairement manqué à votre obligation de communiquer selon l'article 31 al. 1 LPGA.

Il ressort de l'article 74 LPGA que « la partie générale du CP, ainsi que l'article 6 de la loi fédérale du 22 mars 1974 sur le droit pénal administratif » sont applicables. Ainsi, ce sont les normes du code pénal qui s'appliquent à la prescription prévue à l'article 25 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase LPGA.

La prescription de l'acte pénal étant de 7 ans, il nous est loisible de demander la restitution. En effet, ne nous ayant pas annoncé votre reprise d'activité, ce n'est que lors de la présente révision que nous avons découvert l'exercice d'une activité professionnelle, ainsi que l'importance des gains réalisés dans cette dernière.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de supprimer la rente et de vous demander restitution des rentes perçues à tort.

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

La rente est supprimée avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre 2005 (7 ans avant la décision de suppression).

Le non-respect de l'obligation de renseigner porte sur la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 1<sup>er</sup> novembre 2010 (date de la suspension de la rente). Les prestations indûment perçues doivent être restituées (art. 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)).

Le montant de la restitution sera déterminé par la caisse de compensation. Vous recevrez une décision séparée à ce sujet ».

Par décision du 25 septembre 2012, l'OAI a exigé la restitution d'un montant de 103'444 fr., rappelant que le droit à la rente avait été versé à tort d'octobre 2005 à octobre 2010. Le décompte de la restitution a la teneur suivante :

Rente d'invalidité payée à tort d'octobre 2005 à décembre 2006, soit 15 mois à 1'642 fr.	24'630 fr.
Rente d'invalidité payée à tort de janvier 2007 à décembre 2008, soit 24 mois à 1'688 fr.	40'512 fr.
Rente d'invalidité payée à tort de janvier 2009 à octobre 2010, soit 22 mois à 1'741 fr.	38'302 fr.
Solde en faveur de la Caisse	103'444 fr.

**d)** Par acte du 22 octobre 2012, A.\_\_\_\_\_, par son conseil, a recouru contre la décision du 18 septembre 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 251/12), concluant principalement à sa réforme, en ce sens que sa rente ne soit supprimée que pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 décembre 2009, et que le droit à la rente d'invalidité soit maintenu à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction, sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, puis nouvelle décision au sens des considérants. Dans ses moyens, le recourant a précisé qu'il ne contestait pas la suppression de la rente d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2009, soit la durée pendant laquelle il avait perçu d'autres gains, admettant qu'il n'avait pas renseigné l'OAI de manière adéquate pendant cette période. Il s'est en revanche opposé à la suppression de la rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, expliquant qu'il n'avait plus perçu d'autres gains depuis cette date et qu'il se trouve dans l'incapacité de le faire.

Dans un second acte du 24 octobre 2012, A.\_\_\_\_\_ a également formé recours (AI 255/12) contre la décision de restitution du 25 septembre 2012 concluant à sa réforme dans le sens qu'il ne soit pas tenu de restituer la rente d'invalidité perçue pour les mois de janvier 2010

à octobre 2010. Il rappelle à cet égard que dans son recours du 22 octobre 2012, il conteste uniquement la suppression de sa rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2009.

Le 30 septembre 2014, la juge instructrice a tenu une audience. La disjonction des causes AI 251/12 et AI 255/12 a été prononcée.

Par arrêt du 19 janvier 2015, la Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours contre la décision du 18 septembre 2012 dans la cause AI 251/12, renvoyant le dossier à l'OAI pour qu'il établisse de manière chiffrée les revenus avec et sans invalidité du recourant à l'ouverture éventuel du droit à la rente. La Cour était d'avis que sur la base de l'expertise du [...], il y avait lieu de retenir que la situation médicale s'était modifiée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 date à compter de laquelle l'assuré avait certes une capacité de travail de 100%, mais avec une diminution de rendement de 25%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de déplacements sur de longues distances, pas de port de charges lourdes répétitives, horaires fixes et réguliers en raison du traitement de trithérapie) et que son ancienne activité de mécanicien n'est plus adaptée. Pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 décembre 2009, la Cour a constaté que la suppression de la rente, que le recourant ne contestait d'ailleurs pas, se justifiait sous l'angle des règles relatives à la révision procédurale.

L'OAI a recouru contre cet arrêt du 19 janvier 2015 devant le Tribunal fédéral. Par arrêt du 16 décembre 2015 (TF 9C\_137/2015), le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé le jugement de la Cour des assurances sociales du 19 janvier 2015 et confirmé la décision de l'OAI du 18 septembre 2012. Le Tribunal fédéral a en particulier constaté que le litige portait uniquement sur le droit d'A. \_\_\_\_\_ à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 puisqu'il avait expressément admis le principe de la suppression rétroactive de la rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 décembre 2009. Le Tribunal fédéral a en outre retenu ce qui suit :

« Le rapport d'expertise du [...] du 23 août 2011 satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la force probante de tels documents (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). A sa lecture, il ne ressort pas que la situation médicale de l'intimé, tant au plan psychique que somatique, n'avait pu être établie à satisfaction de droit qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010 (consid. 6d in fine du jugement attaqué, p. 35), ni que la situation médicale s'était modifiée à compter du 14 janvier 2010 par rapport à celle qui prévalait lors de l'octroi initial de la rente entière en 2000 (consid. 6e in initio du jugement, p. 35). En effet, les experts du [...] ont uniquement attesté que sur le plan de la médecine interne, l'incapacité de travail s'était aggravée en 2007 (fracture du fémur) par rapport à l'année 1995. Quant à l'état de santé psychique, ils ont estimé qu'il s'était amélioré 6 à 12 mois après l'expertise du docteur D. \_\_\_\_\_ (établie en 1998), admettant que la capacité de travail était entière sous cet angle. Selon les docteurs G. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était complète dans l'activité antérieure, mais une activité adaptée à l'invalidité (soit un travail exempt de port de charges lourdes et de marche prolongée) pouvait être exercée à 100% avec une diminution de rendement de 25% liée à la fatigue ; les experts n'ont cependant pas indiqué le moment à compter duquel pareille activité était exigible.

Les constatations de fait des premiers juges ne sont assurément pas critiquables dans la mesure où ils ont admis que la situation médicale de l'intimé s'était modifiée en regard de celle qui prévalait en 2000. En revanche, leurs constats sont insoutenables en tant que la date de la modification de la situation médicale a été fixée précisément au 1<sup>er</sup> janvier 2010, car cela ne ressort pas - et ne peut pas être déduit - du rapport des experts G. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. En effet, ces derniers ont indiqué que l'état de santé et la capacité de travail de l'intimé avaient évolué à deux reprises : la première fois lors de la résorption de l'état dépressif (de 6 à 12 mois après l'examen du docteur D. \_\_\_\_\_, pratiqué en 1998), la seconde fois en raison de la fracture du fémur (subie en 2007). A partir de l'année 2007, les experts n'ont pas attesté d'autres atteintes à la santé, ni indiqué que la capacité de travail aurait évolué depuis lors. En conséquence, il faut admettre que l'appréciation de la capacité de travail fixée par les experts vaut depuis cette année-là et jusqu'en 2011, au moment de leur expertise. Il s'ensuit que l'absence de perte de gain, constatée par l'office AI dans sa décision du 18 septembre 2012 pour la période allant jusqu'à fin 2009, reste valable pour la période postérieure du fait que la capacité de travail résiduelle est restée inchangée ».

A la suite de cet arrêt, la Cour de céans a repris l'instruction de la cause AI 255/12. Par arrêt du 12 juillet 2016, elle a confirmé la décision de l'OAI du 25 septembre 2012 prononçant la restitution des prestations indûment touchées par A. \_\_\_\_\_ d'octobre 2005 à octobre 2010.

**B.** Le 21 septembre 2016, A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Il a indiqué souffrir du HIV, de dépression et d'anxiété

depuis 1996, ainsi que d'ostéoporose depuis 10 ans. Il a précisé être suivi depuis 2011 par X.\_\_\_\_\_, psychologue auprès du cabinet du Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre à [...], et être incapable de travailler à 100% depuis 1996 à nos jours. Il a joint à sa demande un rapport médical du 4 mai 2016 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en infectiologie, auprès du Service des maladies infectieuses du [...], adressé au conseil de l'assuré. Ce rapport a notamment la teneur suivante :

« Pour rappel, du point de vue somatique, M. A.\_\_\_\_\_ est connu pour une infection HIV, diagnostiquée en 1996. Lors du diagnostic, le patient présentait une iléite à CMV et a nécessité une résection iléo-coecale pour perforation iléale. Depuis, le diagnostic en 1996, le patient est sous une trithérapie anti-rétrovirale. Le traitement actuel est de [...] (abacavir et lamivudine), [...] (darunavir), [...] (ritonavir), et [...] (dolutégravir). Ce traitement doit bien entendu être pris régulièrement, sans oublis, afin d'éviter l'émergence de résistance. Bien entendu le traitement anti-rétroviral est indispensable afin d'éviter la progression de la maladie, qui mènerait à un stade SIDA puis au décès. Ce traitement peut engendrer un certain degré de fatigue de même que l'infection HIV elle-même.

Pour rappel également, en 2007, le patient a présenté une fracture pertrochantérienne gauche, dans le cadre d'une ostéoporose. Cette ostéoporose, relativement sévère, et probablement en lien avec l'infection HIV, ainsi qu'au traitement anti-rétroviral actuel et passé. Depuis 2015, le patient présente des douleurs pariétales de la cage thoracique. Une évaluation cardiologique a exclu une cause coronarienne. Ces douleurs sont possiblement en lien avec l'ostéoporose sévère. Pour cette ostéoporose, le patient est sous traitement de calcium et vitamine D. Un traitement de biphosphonate devrait également être introduit mais en raison de problèmes dentaires, il est pour l'instant reporté.

M. A.\_\_\_\_\_ est également connu pour un trouble dépressif depuis de nombreuses années. Il est actuellement sous un traitement antidépresseur à base de [...]. Il est toujours suivi par son psychiatre. Malgré le suivi psychiatrique régulier et le traitement anti-dépresseur, nous ne constatons pas d'amélioration notable concernant sa thymie. En effet, il est toujours triste avec une certaine anhédonie. Concernant cette problématique qui est probablement la cause principale de l'incapacité de travail, nous vous proposons de prendre contact avec son psychiatre traitant, afin d'avoir plus d'informations ».

L'assuré a également produit, avec sa nouvelle demande à l'OAI, un rapport du 6 juin 2016 de Mme X.\_\_\_\_\_ qui a écrit ce qui suit :

« (...) Quant à son état psychologique, nous pouvons confirmer que M. A.\_\_\_\_\_ souffre également d'un état dépressif en réaction avec son HIV pour lequel il nous a été adressé.

M. A.\_\_\_\_\_ souffre de cet état dépressif depuis plusieurs années suite à la déclaration de sa maladie HIV et de ses lourdes conséquences aussi bien que du traitement. Sa dépression s'est aggravée depuis 2010 surtout après les litiges

avec l'Office AI qui représentent pour lui une non-reconnaissance de sa maladie HIV et de ses conséquences.

On note une anhédonie, une isolation complète avec évitement surtout au niveau des contacts dans sa communauté turque dans laquelle il risque d'être rejeté à cause de sa maladie.

Il est négligé sur le plan hygiéno-vestimentaire, le visage est triste et il y a une colère retenue (envers lui-même et envers autrui, surtout les instances asséculo-logiques), il peut se taper la tête contre les murs ou se taper le visage avec les poings, il casse aussi souvent du matériel électroménager chez lui.

Il a une très mauvaise image de lui-même, une perte d'espoir, une perte de contact social.

Il se plaint de :

- fatigue (HIV et traitement)
- douleurs (ostéoporose sévère)
- nervosité
- tristesse
- perte du goût à la vie et de toutes envies
- perte d'espoir
- peurs (de mourir, que les autres apprennent sa maladie, d'être rejeté)

Malgré un traitement d'antidépresseurs, sa thymie reste très déprimée et la colère contre lui-même et contre les instances asséculo-logiques l'épuise énormément tant sur le plan physique que psychologique.

Dans cet état, il est clair que M. A. \_\_\_\_\_ est en incapacité totale de travailler et on ne peut espérer une amélioration tant que la situation conflictuelle actuelle ne se dénoue ».

Dans un avis médical du 10 janvier 2017, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a indiqué ce qui suit :

« Synthèse :

Le RM [rapport médical] de la division des maladies infectieuses du [...] n'apporte pas d'argument médical susceptible de modifier les conclusions de l'expertise du [...] ; en effet, l'infection par le VIH est sous contrôle. En l'absence de fractures, l'ostéoporose n'est pas génératrice de douleurs. D'ailleurs si ladite ostéoporose était d'une gravité telle qu'elle impose un traitement « de fond », il existe des alternatives aux bisphosphonates (effectivement contre-indiqués en cas de problèmes dentaires), auxquels les spécialistes universitaires n'ont pas jugé utile de recourir. Quant à la discussion relative aux problèmes thymiques, elle sort du domaine de compétence des spécialistes en maladies infectieuses. Dans leur RM du 17.05.2011, les Drs Q. \_\_\_\_\_ (qui est aussi un des cosignataires du RM du 04.05.2016) et [...] écrivaient sous §1.7 : « Pas de restrictions physiques d'un point de vue infectiologique, respectivement son infection VIH... », renvoyant aux spécialistes en psychiatrie pour les restrictions mentales) [GED Dossier médical tiers 08.05.2013]. Au plan

somatique, il n'y a donc pas d'arguments en faveur d'une aggravation objective de la situation.

Le RM de la Dre X. \_\_\_\_\_ est peu informatif. On ne sait pas depuis quand cette praticienne suit l'assuré, mais elle déclare que l'état dépressif s'est aggravé depuis 2010 (alors que l'expertise psychiatrique solidement charpentée du 23.08.2011 excluait à ce moment-là toute atteinte psychique en dehors d'une dysphorie) et ce en particulier « après les litiges avec l'Office AI qui représentent pour lui une non-reconnaissance de sa maladie HIV et de ses conséquences ». Cette dernière affirmation est d'autant plus contestable que le litige de l'assuré avec l'AI est le produit de sa conduite que le TFA a reconnue comme coupable. La Dre X. \_\_\_\_\_ ne précise non plus pas en quoi consiste sa prise en charge ; par le RM du service des maladies infectieuses cité ci-dessus, on apprend que la médication psychotrope est faite de [...] ; certes on n'en connaît pas le dosage, mais cette médication ne saurait être considérée comme adéquate en présence d'un trouble dépressif d'une intensité telle qu'il entraînerait une IT complète.

Conclusion :

Sur la base des documents médicaux versés à l'appui de la demande de prestations du 21.09.2016, il n'existe pas d'argument attestant une modification/aggravation objective de la situation médicale de l'assuré. Il n'y a dès lors pas lieu d'entrer en matière quant à cette demande ».

Par projet de décision du 12 janvier 2017, confirmé par décision du 27 février 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Il a considéré que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 12 juillet 2016 et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

**C.** Le 30 mars 2017, A. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 27 février 2017 de l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, invoquant une aggravation de son état de santé. Il a en outre requis un délai pour produire un rapport de son médecin traitant et éventuellement compléter son recours avec l'aide d'un avocat.

Dans un mémoire ampliatif du 2 mai 2017, l'assuré, par son avocat, Me Christian Favre, a conclu principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise

pluridisciplinaire. Subsidiairement, il a conclu à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement partielle, d'invalidité. D'abord, il a critiqué le dies a quo de la comparaison de l'état de santé fixé par l'OAI le 12 juillet 2016, date de l'arrêt de la Cour de céans confirmant la restitution des prestations indues précédemment versées. Il a fait valoir ensuite que son état de santé s'était aggravé sensiblement depuis l'année 2015, se référant à un nouveau rapport de la psychologue X.\_\_\_\_\_ du 19 avril 2017, qu'il produit, dont les constatations sont selon lui accablantes et justifieraient la réalisation d'une nouvelle expertise neutre, au regard de ses maladies physiques et psychiques. Il se plaint en outre d'une violation du principe inquisitoire par l'OAI, dès lors que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur sa demande de prestation sans procéder à aucune investigation. La teneur du rapport de la Dresse X.\_\_\_\_\_ du 19 avril 2017 est similaire à son précédent rapport du 6 juin 2016 si ce n'est que qu'elle indique que l'aggravation de la dépression existe depuis 2015.

Dans sa réponse du 19 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, maintenant sa position et ajoutant que le principe inquisitoire ne s'appliquait pas en cas de nouvelle demande de prestations.

Par réplique du 30 juin 2017, le recourant a confirmé ses conclusions, répétant que selon lui une expertise médicale pluridisciplinaire neutre était nécessaire et suggérant l'audition en qualité de témoin de la psychologue X.\_\_\_\_\_.

Dans sa duplique du 10 août 2017, l'OAI a maintenu sa position, estimant que le rapport du 19 avril 2017 de la Dresse X.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément objectif nouveau.

### **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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière au fond.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par A. \_\_\_\_\_ le 21 septembre 2016.

**3. a)** Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas

encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999, RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la

reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1).

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, 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 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 litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées).

On précisera encore que dans le cadre de l'art. 87 al. 3 RAI, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, l'office AI reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi, obtenir l'avis d'un médecin du SMR, ou lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (TF 9C\_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 4.2 et les références).

**b)** En l'espèce, l'OAI a soumis les deux rapports médicaux produits par le recourant, à savoir celui des Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_

du 4 mai 2016 et celui de Mme X.\_\_\_\_\_ du 6 juin 2016, au SMR. A la suite de l'avis SMR du 10 janvier 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande, il convient uniquement d'examiner si le recourant a rendu plausible, avec ces deux rapports, une aggravation de son état de santé de nature à modifier son droit aux prestations d'invalidité, qui justifierait la reprise de l'instruction par l'OAI (ATF 130 V 64 ; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 précités).

On précise que le point de départ de la comparaison des situations médicales est la décision de l'OAI du 18 septembre 2012 confirmée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 16 décembre 2015. En effet, il s'agit de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3 ; cf. également ATF 133 V 108, ATF 125 V 368 consid. 2), en particulier au plan médical, étant rappelé qu'elle est fondée sur l'expertise du [...] du 23 août 2011, dont la valeur probante a été confirmée par l'arrêt du Tribunal fédéral. Ainsi, comme l'a relevé le recourant, ce n'est pas l'arrêt de la Cour de céans du 12 juillet 2016 qui est déterminant, puisque celui-ci portait sur la seule question de la restitution des prestations indûment touchées entre octobre 2005 et octobre 2010. Cela étant, il n'y a pas lieu d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAI pour ce motif, dès lors que même si l'OAI a indiqué que le point de départ de la comparaison était l'arrêt du 12 juillet 2016 susmentionné, le SMR a en réalité comparé la situation médicale actuelle avec celle de l'époque de la décision du 18 septembre 2012, en se référant à l'expertise du [...].

**ba)** Au plan somatique, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, spécialistes en infectiologie au [...], dont le premier suit le recourant depuis mai 2010 au moins, n'ont pas indiqué qu'il y avait une aggravation du point de vue de l'infection par le VIH. Ils ont mentionné que le traitement antirétroviral était indispensable pour éviter la progression de la maladie et que ce traitement, ainsi que l'infection par le VIH elle-même, pouvaient engendrer un certain degré de fatigue. Or ces éléments ne sont pas nouveaux puisque les experts du [...] avaient déjà indiqué qu'il existait

une fatigue liée à la trithérapie et pris en compte ce fait pour apprécier la capacité de travail du recourant. Il ressort en outre du rapport des Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ que la problématique du VIH n'est pas la cause principale de l'incapacité de travail (cf. rapport du 4 mai 2016 in fine). On peut donc en conclure, comme le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR, que la situation du point de vue de l'infection par le VIH est sous contrôle et qu'il n'y a pas d'aggravation sur ce plan. S'agissant de l'ostéoporose, là encore cette atteinte n'est pas nouvelle, puisqu'elle a déjà été diagnostiquée en 2007 à la suite d'une fracture pertrochantérienne gauche. Certes, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ l'ont qualifiée de sévère, et un traitement de calcium et de vitamine D a été introduit. Cela étant, comme l'indique le Dr T.\_\_\_\_\_, l'ostéoporose n'est pas génératrice de douleurs en l'absence de fracture. En l'occurrence, elle n'apparaît pas être d'une gravité telle qu'elle impose un traitement de fond. En conséquence, il y a lieu de conclure, à l'instar du Dr T.\_\_\_\_\_, qu'il n'y a pas d'argument en faveur d'une aggravation objective de la situation au plan somatique.

**bb)** Cela étant, au plan psychiatrique, Mme X.\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis le mois de mai 2013, fait état, dans son rapport du 6 juin 2016, de plusieurs symptômes du registre dépressif qui n'étaient pas présents - ou à tout le moins pas dans une telle mesure - lorsque l'expertise du [...] a été réalisée. Mme X.\_\_\_\_\_ a en effet rapporté que le recourant présentait une anhédonie et une isolation complète avec évitement des contacts dans sa communauté turque dans laquelle il risquait d'être rejeté à cause de sa maladie. La psychologue X.\_\_\_\_\_ a encore expliqué que l'assuré était négligé au plan hygiéno-vestimentaire, avait la mine triste, une colère retenue envers autrui et envers les autres, qu'il pouvait se taper la tête contre les murs ou se taper le visage avec les poings, qu'il avait une très mauvaise image de lui-même, et qu'il présentait une perte d'espoir et du goût à la vie. Elle a indiqué que malgré le traitement d'antidépresseur ( [...]), la thymie de son patient restait très déprimée. En comparaison, on rappelle que l'expert psychiatre du [...] avait fait état dans le rapport du 23 août 2011 d'une dysthymie/dysphorie, qualifiant cette atteinte psychique de légère. L'expert avait relevé qu'il n'y avait ni suivi spécifique par un psychiatre, ni médication psychiatrique.

L'expert du [...] avait en outre rapporté que l'assuré entretenait des contacts sociaux avec des compatriotes, qu'il voyait régulièrement pour jouer aux cartes et voir des matchs de foot. Les éléments médicaux récents contrastent donc avec les constatations faites à l'époque de l'expertise du [...] et rendent plausible une aggravation de l'état de santé au plan psychiatrique, propre à influencer le taux d'invalidité du recourant. Vu ces éléments, il se justifie que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 21 septembre 2016 et reprenne l'instruction du dossier, par exemple en demandant au psychiatre traitant un rapport médical en bonne et due forme ou en mettant en oeuvre une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA.

**4. a)** Vu ce qui précède, le recours est admis en ce sens que l'OAI est tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par A. \_\_\_\_\_ le 21 septembre 2016, et de reprendre l'instruction au sens des considérants. Ceci entraîne l'annulation de la décision litigieuse du 27 février 2017.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. et qui sont mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1). Dès lors que ce montant couvre l'indemnité qui aurait été

allouée à l'avocat d'office, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 27 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par A. \_\_\_\_\_ le 21 septembre 2016, puis rende une nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, 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 A. \_\_\_\_\_ 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christian Favre (pour A. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- 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. 1 LTF).

La greffière :