

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 janvier 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce. Il a travaillé de 1986 à 1995 pour le compte du R._____ à 100%. Dès le 1^{er} janvier 1996, les rapports de travail ont été repris par Z._____, ensuite de la fusion des deux [...]. L'assuré y a exercé différentes fonctions et, depuis 2007, il y occupe le poste de responsable de portefeuille de projets. En 1999, il a été nommé fondé de pouvoir.

Le 8 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il souffrait d'une sarcoïdose pulmonaire, neurologique et dermatologique et qu'il se trouvait en incapacité de travail à 40% depuis le 24 octobre 2013. Il a précisé que la pathologie avait été identifiée en octobre 2013, mais qu'elle était suspectée depuis 1999 et avérée depuis 2006.

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rassemblé différents rapports médicaux, dont il est ressorti que l'assuré présentait une sarcoïdose avec une fibrose pulmonaire importante (syndrome restrictif sévère) diagnostiquée en 2013, avec des lésions cutanées multiples, une hypercalciurie et une polyneuropathie des membres inférieurs (cf. rapport 25 novembre 2013 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie). L'assuré ne connaissait par contre pas de pathologie cardiaque dans le cadre de sa sarcoïdose et donc pas d'incapacité de travail sur ce plan (cf. rapports des 16 janvier et 14 mai 2014 du Dr V._____, spécialiste en cardiologie, cf. également IRM [imagerie par résonance magnétique] cardiaque du 31 janvier 2014). Les symptômes cutanés liés à la maladie de base (plaques alopeciques et petits nodules du tronc) étaient contrôlés et il n'existait pas de limitation de l'activité professionnelle en relation avec l'atteinte dermatologique (cf. rapports des 1^{er} juillet et 14 novembre 2014 de la Dresse D._____, spécialiste en dermatologie).

Dans un rapport du 20 décembre 2013 au Dr P._____, médecin traitant, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait cliniquement des signes modérés mais néanmoins assez clairs de polyneuropathie sensitive s'exprimant sous forme d'une hypoesthésie avec dysesthésies des avants-pieds. Cette atteinte n'avait toutefois pas pu être prouvée à l'EMG (électromyographie) en raison de sa relative discrétion, qui expliquait l'absence d'anomalie flamboyante à l'imagerie.

Dans un rapport du 19 mai 2014 à l'OAI, le Dr X._____ a confirmé le diagnostic de sarcoïdose, précisant que les restrictions étaient essentiellement dues à la fatigue et à une baisse de l'état général liées à la maladie ainsi qu'aux effets secondaires du traitement par corticoïdes. Le Dr X._____ a attesté une incapacité de travail de 40% dès octobre 2013 en tant qu'employé de [...].

Renseignant l'OAI le 29 mai 2014, le Dr P._____ a indiqué que son patient présentait une incapacité de travail de 40% dans son activité de cadre dans le monde bancaire, depuis le 24 octobre 2013. Au travail, les restrictions liées à la maladie se manifestaient par une asthénie, une dyspnée et une fatigabilité très augmentée. A la question portant sur le taux d'exigibilité dans l'activité habituelle, le Dr P._____ a indiqué « 40-60% », précisant que dite activité était idéale, car elle permettait à l'assuré d'aménager son temps de travail selon ses capacités du moment. Le Dr P._____ a transmis un rapport du 27 mai 2014 adressé par le Dr H._____, médecin associé auprès de l'Unité des pneumopathologies interstitielles et maladies pulmonaires rares au T._____ (T._____), au Dr X._____, lequel avait souhaité un deuxième avis. Le Dr H._____ a confirmé le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire de stade III-IV et a préconisé une réduction progressive du traitement de Prednisone ainsi qu'une réhabilitation respiratoire. Au test de la marche mis en oeuvre par le spécialiste le 13 mai 2014, l'assuré avait parcouru 540 mètres.

Le 24 juin 2014, F._____, assureur perte de gain en cas de maladie, a transmis son dossier à l'OAI, au sein duquel se trouvait notamment un rapport du 20 janvier 2014 du Dr X._____ au Dr P._____, selon lequel le pneumologue estimait que la fatigue de l'assuré était probablement d'origine multifactorielle, liée à la sarcoïdose, à une mauvaise qualité du sommeil due entre autres à la corticothérapie et aux douleurs aux pieds, et probablement à une composante d'état dépressif réactionnel à cette situation difficile. Au plan fonctionnel, l'examen du 17 janvier 2014 avait montré des résultats globalement stables, voire en légère amélioration.

Dans un rapport initial du 17 juillet 2014 établi à la suite d'une entrevue avec l'assuré, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a notamment indiqué que l'activité habituelle de l'intéressé avait été aménagée pour lui permettre de ne plus s'occuper des dossiers importants exigeant passablement de concentration et d'adapter la fréquence et la durée des séances à ses possibilités. Il ressortait également de ce rapport que l'assuré ne rencontrait aucune difficulté dans l'accomplissement de ses tâches mais qu'il s'inquiétait au sujet de la pérennité de l'aménagement consenti par l'employeur, craignant d'être remplacé si les objectifs n'étaient pas atteints. Il était très vite essoufflé lorsqu'il parlait et rencontrait des difficultés à se déplacer en raison des douleurs et de la perte de sensibilité des pieds. L'assuré avait également indiqué qu'il présentait un état général diminué, avec une importante fatigue, ainsi que des difficultés de concentration et de mémoire. Il ne souhaitait aucune aide au plan psychique, les discussions avec son médecin traitant lui suffisant.

Le 21 août 2014, le Dr X._____ a transmis à l'OAI son rapport du 6 août 2014 au Dr P._____, selon lequel l'examen clinique et la spirométrie pratiqués le 30 juillet 2014 s'étaient avérés sans changement significatif par rapport aux examens précédents. Cette stabilisation avait permis de diminuer le traitement de cortisone depuis la fin mai 2014, sans augmentation des symptômes ni diminution des valeurs de spirométrie. Le Dr X._____ a donc préconisé une nouvelle baisse de la posologie.

L'assuré a suivi un programme d'endurance au T._____ de septembre à décembre 2014.

Interpellé par la Dresse Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), le Dr X._____ a indiqué le 13 octobre 2014 que son patient disposait d'une capacité de travail résiduelle de 60%, tant dans son activité habituelle que dans une autre activité adaptée d'épargne respiratoire, au moins depuis septembre 2013. Le Dr X._____ a précisé que les limitations fonctionnelles consistaient en une dyspnée au moindre effort et fatigue.

Dans un rapport du SMR du 13 novembre 2014, les Drs Q._____ et M._____ ont retenu comme atteinte principale à la santé une sarcoïdose pulmonaire de stade III-IV. Se fondant sur les différents rapports médicaux au dossier, ils ont estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il disposait d'une capacité de travail résiduelle de 60%. Les Drs Q._____ et M._____ ont observé que l'assuré présentait également une polyneuropathie sensitive probable aux membres inférieurs, possiblement en lien avec la sarcoïdose, de même qu'une sarcoïdose cutanée, restant toutefois sans effet sur la capacité de travail. Au titre des limitations fonctionnelles, les médecins ont mentionné une dyspnée au moindre effort et de la fatigue.

Par décision du 16 avril 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente depuis le 1^{er} novembre 2014, sur la base d'un taux d'invalidité de 40%, l'assuré étant en mesure de poursuivre sans difficultés particulières son activité habituelle au taux de 60%, laquelle avait été réorganisée et adaptée à son atteinte à la santé.

Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Lors d'un entretien téléphonique du 16 février 2016, l'assuré a signalé à l'OAI une péjoration de son état de santé. Il a indiqué qu'il n'était pas en incapacité de travail et qu'il s'était arrangé en aménageant ses

horaires ou en prenant des congés pour se rendre chez le médecin sans manquer le travail. Il a encore fait part de ses difficultés à concilier les consultations médicales et ses responsabilités professionnelles, précisant qu'à la suite d'exams à [...], un nouveau traitement serait introduit dès mars 2016.

Par courriel du 22 mars 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat du Dr P._____ attestant une totale incapacité de travail depuis le 21 mars 2016. Cet arrêt de travail a été régulièrement prolongé par le médecin traitant, et l'assuré n'a plus repris son activité professionnelle.

Compte tenu de la persistance de l'incapacité de travail, l'OAI a ouvert une procédure de révision et a adressé un questionnaire à l'assuré, qui l'a complété le 14 juillet 2016. L'intéressé y a notamment indiqué que de novembre 2015 à mars 2016, il avait réduit son temps de travail à environ 40% par des compensations sur ses jours de vacances. Il estimait que son état de santé s'était aggravé, au motif que les traitements de remplacement de la Prednisone par de l'Imurek et ensuite du CellCept n'avaient pas été efficaces. Il avait ainsi dû faire face à une extrême fatigue, de grandes douleurs aux pieds, mains et articulations, une faible capacité respiratoire et une humeur instable, depuis octobre 2015. L'assuré a encore mentionné qu'il avait commencé le 14 juin 2016 un nouveau traitement au Remicade, et qu'il continuait le programme de réhabilitation physique suivi au T._____ en 2014, en se rendant deux fois par semaine à l'espace forme du C._____.

Dans un rapport du 7 août 2016 à l'OAI, le Dr P._____ a attesté une incapacité de travail de 100%, précisant que son patient présentait un état de santé médiocre, avec asthénie et dyspnée, et qu'il convenait d'attendre les résultats de l'introduction d'un nouveau traitement. Interpellé sur le temps de présence (heures par jour) exigible de son patient, le Dr P._____ a répondu « ce sont en efforts et durée < 4h ». Le médecin traitant a notamment remis à l'OAI :

- un rapport du 12 février 2016 du Dr L._____, médecin-dentiste, consulté en raison de manifestations à l'hémiface droite. Lors de son

examen clinique, ce médecin n'avait trouvé aucune anomalie neurologique évidente, les tests de la sensibilité trigéminal ainsi que le contrôle du paquet acoustico-facial n'ayant pas montré de perturbation particulière. Au vu du caractère confus du tableau clinique, le Dr L._____ avait ordonné la réalisation d'un examen par imagerie des voies trigéminales, afin d'écartier formellement des complications neurologiques de la sarcoïdose le long du trijumeau droit,

- un rapport du 17 février 2016 adressé par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie à [...], au Dr X._____, confirmant le diagnostic de sarcoïdose de stade III-IV, et précisant que le patient présentait des symptômes au niveau de la peau et des poumons, mais aucune atteinte sur le plan ophtalmologique et cardiaque. Le Dr B._____ a indiqué que lors de l'interruption du traitement de Prednisone en novembre 2015, une dégradation était intervenue et avait conduit à la reprise du traitement de Prednisone le mois suivant. Lors de l'examen clinique du 15 février 2016, l'assuré présentait un trouble ventilatoire restrictif avec une capacité pulmonaire totale de l'ordre de 61% du prédit, ainsi qu'une légère réduction de la capacité de diffusion. Le pneumologue n'avait par contre observé aucune hypoxémie à l'effort lors du test marche, au cours duquel l'assuré avait parcouru 497 mètres. Selon un CT scan effectué le même jour, les modifications des parenchymes pulmonaires étaient stables par rapport aux imageries de 2014. Le Dr B._____ a proposé à l'assuré l'introduction d'un nouvel immunodépresseur (CellCept), permettant de réduire le traitement de Prednisone. Compte tenu des multiples troubles aux membres inférieurs, au premier plan, de même qu'aux coudes et aux articulations des doigts, le Dr J._____, chef de clinique auprès de l'Unité de rhumatologie, immunologie et allergologie [...],
- un rapport du 12 mai 2016 Dr J._____ au Dr P._____, reprenant les mêmes éléments que le Dr B._____ s'agissant du diagnostic. Le rhumatologue a estimé que les douleurs à l'avant pied avec la sensation de froid et apparemment une discrète perturbation de la sensation restaient peu claires, en l'absence de preuve d'une atteinte

nerveuse périphérique aussi bien électroneurographique que clinique. En d'autres termes, le Dr J. _____ estimait qu'il n'était pas exclu qu'il existe une participation du système nerveux central dans le cadre de la sarcoïdose. Il a proposé une adaptation du traitement, à discuter avec le Dr B. _____,

- un rapport du 7 juin 2016 du Dr J. _____, qui d'entente avec le Dr B. _____, a préconisé l'introduction d'une nouvelle médication, par trois injections de Infliximab (Remicade) à intervalle de quatre semaines,
- un rapport du Dr X. _____ du 9 juin 2016, dans lequel le pneumologue constatait que le contrôle clinique et fonctionnel du jour montrait un état stable par rapport aux derniers examens.

Dans un rapport pour la révision du droit à la rente du 18 août 2016, le Dr X. _____ a répondu comme suit aux questions de l'OAI :

(...)

Questions relatives à l'état de santé :

10. Evolution et modifications de l'état de santé/des incapacités de travail depuis l'octroi de la rente ?

L'état de santé est stable, sans amélioration.

11. Symptômes actuels/état de santé actuel

Dyspnée dès les efforts modérés, fatigue. Les paramètres objectifs mesurés (test des fonctions pulmonaires, CT-scan thoracique) sont actuellement stables.

12. Indications subjectives de la personne assurée

Importante fatigue apparaissant en cours de journée, rendant l'augmentation du temps de travail impossible.

13. Diagnostics objectifs

Sarcoïdose avec atteinte pulmonaire sévère (VEMS 2,09 L ou 48% du prédit, DLCO 55% du prédit). Polyneuropathie des membres inférieurs probablement secondaire à la sarcoïdose avec importantes douleurs.

14. Quelle est la capacité de travail exigible ?

- a) dans l'activité habituelle ? 30%
- b) dans une activité adaptée ? 30%

15. Quelle sont limitations fonctionnelles ?

Les limitations fonctionnelles sont constituées surtout par la dyspnée au moindre effort et les douleurs des membres inférieurs augmentant lors de la mobilisation, ainsi qu'une importante fatigue.

16. Nature et portée du traitement actuel

Prednisone 10 mg/j., Remicade

(...)

19. Pronostic

Probable stabilité de l'atteinte, mais les possibilités de récupération sont à l'heure actuelle limitées. »

Dans un rapport du 20 septembre 2016, le Dr J._____ a fait savoir à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans un avis du SMR du 21 octobre 2016, la Dresse W._____ a relevé que le Dr X._____ avait observé un état de santé stable, et qu'aucun des Drs J._____, B._____ et L._____ n'apportaient d'éléments nouveaux, de sorte qu'il n'existait aucun élément objectif d'aggravation. En particulier, les limitations fonctionnelles ainsi que la polyneuropathie avaient été prises en compte par le SMR dans son rapport du 13 novembre 2014.

Par projet de décision du 8 novembre 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser toute augmentation de la rente d'invalidité. Constatant qu'aucune aggravation de l'état de santé ne pouvait être objectivée, l'office a retenu que la capacité de travail restait inchangée, au taux de 60%, conduisant au maintien de la rente versée jusqu'alors.

Par courrier du 6 décembre 2016, l'assuré a fait part de ses objections au projet précité, lequel ne tenait selon lui pas suffisamment compte de sa tentative de conserver jusqu'à l'épuisement son activité professionnelle. Il a notamment fait valoir qu'il avait toujours voulu exercer son activité auprès de la Z._____ avec le minimum d'interruption et au taux le plus élevé possible, afin de pouvoir conserver sa fonction de cadre supérieur. L'assuré a encore indiqué ce qui suit :

« (...)

Mais il s'est avéré impossible sur le long terme de concilier le traitement de ma maladie avec les exigences intellectuelles élevées liées à un poste à haute valeur ajoutée, même si j'ai essayé par tous les moyens de reporter l'échéance d'un arrêt définitif de travail, soit entre autre en :

- Aménageant à l'extrême mes horaires,

- Refusant toutes les formations ou longues séances,
- Compensant mes absences hebdomadaires sur mes vacances,
- Dormant régulièrement sur le site et
- Recherchant personnellement un 3^{ème} avis médical alémanique.

Les nouveaux traitements prescrits par les différents spécialistes, l'augmentation des doses de cortisone ou la réhabilitation physique n'ont pas apporté d'amélioration à mon état de santé déjà péjoré depuis des années, car c'est principalement ma fatigue excessive et permanente qui me pénalise quotidiennement, plus que ma faiblesse respiratoire ou mes douleurs dans les membres et articulations.

(...) ».

L'assuré a joint à son courrier un rapport du Dr P. _____ du 5 décembre 2016, aux termes duquel le médecin traitant attestait une capacité de travail de moins de 15 à 20%, même dans une activité intellectuelle. Le Dr P. _____ s'est exprimé en ces termes :

« Monsieur K. _____ souffre d'une sarcoïdose généralisée avec une atteinte pulmonaire mais aussi une atteinte généralisée soit de la peau, des nerfs, et d'autres organes comme le cerveau. Les divers traitements n'ont pas permis d'améliorer la situation.

Cette atteinte a comme répercussion une limitation grave voire invalidante niveau respiratoire mais aussi des troubles sensitifs des mains, des pieds et des problèmes de peau mais surtout une fatigabilité invalidante ne lui permettant pas d'assumer un travail nécessitant de la concentration sur une durée même de deux heures. En plus tout effort intellectuel et physique nécessite une phase de repos et de sommeil.

Dans ce contexte, un travail même qu'intellectuel n'est tout simplement plus possible et même en accordant une capacité de travail de 30% niveau pulmonaire, la résistance niveau général n'est plus présente, rendant même une activité sédentaire impossible à assumer ».

Le 26 janvier 2017, sur requête de la Dresse W. _____ du SMR, l'OAI a demandé au Dr P. _____ de lui transmettre les éléments cliniques et paracliniques (imageries, laboratoires et tests) étayant les atteintes cérébrales et nerveuses avancées dans son rapport du 6 janvier 2016. En réponse à cette demande, le Dr P. _____ a fait suivre à l'office un lot de pièces médicales, parmi lesquelles :

- un rapport du 23 décembre 2016 des Drs O. _____, N. _____ et G. _____, médecins au Service de pneumologie de l'Hôpital de B.C. _____, au Dr X. _____, établissement au sein duquel l'assuré

avait séjourné du 8 au 25 novembre 2016, ainsi qu'un rapport de test d'effort cardio-pulmonaire du 21 décembre 2016,

- un rapport du 9 janvier 2017 du Dr S._____,
- un rapport du 19 janvier 2017 du Dr J._____,
- un rapport d'IRM cérébrale (voies trigéminales) du 16 février 2016.

Dans un avis du 3 mars 2016, la Dresse W._____, du SMR a estimé qu'aucune péjoration n'avait été objectivée, sur les motifs suivants :

« Atteint d'une sarcoïdose pulmonaire et cutanée, le Dr P._____, médecin traitant, dans le cadre de l'audition, fait état d'une atteinte cérébrale et des nerfs (RM [rapport médical] du 5.12.16). Or les éléments cliniques soumis suite à notre réinterrogation n'apportent aucuns éléments nouveaux.

L'IRM cérébrale du 16.2.16 est normale et le Dr L._____, stomatologue, dans son RM du 12.2.16 avait écrit qu'il ne trouvait aucune anomalie neurologique.

Le Dr S._____, neurologue, a revu l'assuré le 9.1.17: l'EMG est quasi normal et superposable à celui de 2013. La polyneuropathie sensitive est stationnaire par rapport à l'examen de 2013.

En décembre 16, l'assuré est hospitalisé pour une physiothérapie respiratoire RM du Dr O._____, du 23.12.16. De ce rapport, il ressort que l'assuré avait déjà au départ un bon résultat au test de marche qui ne s'est par conséquent pas amélioré. Distance parcourue 570 m en 6 min. avec une saturation en oxygène de 94%. Les valeurs de références étant, selon une étude portant sur 2 281 sujets sains, en moyenne de 367 m (249-479) chez les femmes, et 400 m (280-532) chez les hommes. (Revue des maladies respiratoires vo. 22, No 5-C3 novembre 2005). La fonction pulmonaire est superposable à celle du 15.2.16.

Selon le RM du 19.1.17, concernant la consultation du 16.1.17, du Dr J._____, les troubles organiques n'ont pas progressé et il n'y a pas d'activité de la maladie.

Conclusion : Aucune péjoration n'a été objectivée. Le Dr J._____ confirme le 19.1.17, la stabilité de la maladie et des atteintes organiques ».

Par décision du 7 mars 2017, l'OAI a maintenu le refus d'augmentation de rente d'invalidité, les éléments apportés au cours de l'instruction ne permettant pas de retenir une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, lequel disposait toujours d'une capacité de travail de 60% dans son activité habituelle.

C. Par acte du 26 avril 2017, K._____, représenté par Me Charles Munoz, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 7 mars 2017, dont il a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2016, et subsidiairement à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de sa contestation, le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé, au point qu'il présente une incapacité de travail à 100% depuis le 21 mars 2016. Il précise qu'entre novembre 2015 et mars 2016, il a déjà « artificiellement » diminué son taux d'activité de 60% à 40%, en prenant des jours de vacances chaque semaine. Le recourant se fonde sur les avis des Drs X._____ et P._____, lesquels attestent que sa capacité de travail a diminué. Il déplore que les spécialistes consultés ne se soient pas prononcés sur cette question. Le recourant fait en outre valoir que son état de santé doit être évalué dans sa globalité, en prenant en compte la fatigabilité observée par plusieurs médecins. Il estime encore que sa situation a probablement été surévaluée en 2015, alors qu'il avait déployé d'importants efforts, intenable à long terme, pour assurer un taux d'activité de 60% et conserver son emploi, alors qu'en réalité, sa capacité de travail était inférieure. Le recourant en conclut que soit sa situation a été mal évaluée lors de la première décision et qu'en réalité, sa capacité de travail se situait entre 15 et 30% depuis 2014 déjà, soit son état de santé s'est péjoré depuis lors. Quoi qu'il en soit, il est médicalement attesté qu'il présente au moment de la décision litigieuse une capacité de travail maximale de 30% tant dans son activité actuelle que dans une activité adaptée. Au titre de mesures d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale, pour le cas où le dossier était renvoyé à l'intimé.

Dans sa réponse du 27 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. L'OAI fait en substance valoir que le SMR a pris en considération l'ensemble des pièces médicales au dossier et qu'il a demandé un complément d'instruction auprès du Dr P._____ avant de conclure à l'absence d'élément objectif d'aggravation.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de modifier le degré d'invalidité retenu dans la décision initiale d'octroi de rente.

Par réplique du 18 août 2017, le recourant a indiqué que son traitement avait été modifié en juillet 2017, mais que ces changements n'avaient pas eu l'effet escompté, « son état ne s'[étant] pas amélioré, bien au contraire ». Il fait valoir que tous ces changements ont eu, et auront encore à l'avenir, un impact supplémentaire sur sa capacité de travail. Le recourant a requis la tenue d'une audience et l'audition du Dr P. _____ en qualité de témoin.

Par duplique du 8 septembre 2017, l'intimé a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2

LPGA), selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Est litigieuse la question de savoir si l'assuré a présenté une aggravation notable et durable de son état de santé, de nature conduire à la révision du quart de rente d'invalidité qui lui a été octroyé depuis le 1^{er} novembre 2014 par décision du 16 avril 2015.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (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) D'une manière générale, les décisions de rente ou celles concernant d'autres prestations durables ne sont valables que pour l'état de fait qui prévaut au moment où elles ont été rendues. Si le taux d'invalidité subit une modification notable ou si les circonstances dont dépendait le droit à la rente ont notablement changé, elles sont d'office ou sur demande, révisées pour l'avenir, à savoir augmentée, réduites ou supprimées (art. 17 al. 1 et 2 LPGA). Dans les deux cas, la révision tend donc à l'adaptation d'une décision de prestations à des circonstances qui se sont modifiées (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, p. 831 n°3056).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a ; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux ou des documents d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 ; I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. En l'occurrence, l'intimé estime que la situation médicale du recourant n'a pas connu d'aggravation et qu'il dispose toujours d'une capacité résiduelle de travail de 60% dans son activité habituelle, de sorte que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité reste inchangé.

De son côté, le recourant soutient que son état s'est détérioré, qu'il n'est plus capable de travailler, ou tout au moins pas à plus de 30%, et qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

Il s'agit ici de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 16 avril 2015 accordant un quart de rente d'invalidité, et ceux existant au moment de la décision du 7 mars 2017, afin de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant est survenu durant ce laps de temps.

L'intimé a fondé sa décision du 16 avril 2015 principalement sur le rapport des Drs Q._____ et M._____ du 13 novembre 2014. Après synthèse des éléments au dossier, ces médecins ont retenu que l'assuré souffrait d'une sarcoïdose pulmonaire de stade III-IV (CIM D86.0), observant qu'il présentait également une polyneuropathie sensitive probable aux membres inférieurs, possiblement en lien avec la sarcoïdose, de même qu'une sarcoïdose cutanée. Au titre des restrictions fonctionnelles, ils ont fait état de dyspnée au moindre effort et de fatigue limitant la capacité de travail dans l'activité actuelle (que l'assuré avait pu conserver, moyennant quelques adaptations) à 60%.

Dans le cadre de la procédure de révision, la Dresse W._____ du SMR a retenu que les restrictions fonctionnelles étaient restées inchangées (dyspnée et fatigue) et que la polyneuropathie dont se plaignait l'assuré avait déjà été soulevée par le Dr S._____ dans son rapport du 20 décembre 2013, pris en considération par le SMR dans son avis du 13 novembre 2014. Elle a estimé qu'aucun des médecins consultés par le recourant n'avaient apporté de nouveaux éléments permettant d'attester une aggravation de l'état de santé, certains d'entre

eux se prononçant même explicitement dans le sens d'une stabilité de la situation (cf. avis du SMR des 21 octobre 2016 et 3 mars 2017). Cette appréciation est convaincante et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. On ne peut en effet suivre le recourant lorsqu'il soutient que les rapports des Dr X._____ et P._____ permettent de contester valablement le bien-fondé des conclusions du SMR.

En particulier, et contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr X._____ a bien attesté un état de santé stable. Ainsi, dans son rapport du 9 juin 2016, le pneumologue traitant a constaté que le contrôle clinique et fonctionnel du jour avait montré un état stable par rapport aux derniers examens. Renseignant l'OAI le 18 août 2016, le Dr X._____ a affirmé que l'état de santé de son patient était stable depuis l'octroi de la rente. S'agissant du pronostic, il a également fait état d'une probable stabilité de l'atteinte. Le neurologue a certes évoqué des possibilités de récupération limitées. Le fait d'avoir des perspectives d'amélioration réduites n'équivaut cependant pas une péjoration de l'état de santé. Or c'est bien une telle péjoration qui est la condition *sine qua non* d'une révision de rente dans le sens de son augmentation.

Toujours le 18 août 2016, au chapitre des diagnostics objectifs, le Dr X._____ a mentionné un VEMS (volume expiré maximal en 1 seconde) de 48% du prédit et un DLCO (capacité de diffusion du monoxyde de carbone) de 55% du prédit. Ces mesures ressortent du rapport de spirométrie du 6 juin 2016, aux termes duquel le Dr X._____ avait également conclu à une CVF (capacité vitale forcée) de 63%. Or ces résultats sont quasi superposables, voire légèrement meilleurs, que ceux observés en 2014 (VEMS de 46 % du prédit, DLCO de 55% du prédit et CVF de 52% du prédit le 17 janvier 2014 [cf. rapport du 20 janvier 2014] ; VEMS de 47% du prédit, DLCO de 50% du prédit et CVF de 56% du prédit le 30 juillet 2014 [cf. rapport du 6 août 2014]). Cela étant, on comprend difficilement sur quel élément médical nouveau le pneumologue a attesté une capacité de travail exigible limitée à 30%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il ne motive en effet pas les

raisons de cette baisse de capacité de travail, faisant au contraire valoir des symptômes superposables à ceux existant en 2015 (dyspnée dès les efforts modérés et fatigue). Il sied dès lors de retenir que le Dr X. _____ ne fait en définitive que procéder à une appréciation différente d'un même état de santé, ce qui ne suffit pas à démontrer une aggravation.

De son côté, le Dr P. _____ a également fait valoir une diminution de la capacité de travail de son patient. Son avis n'empêche toutefois pas la conviction. En effet, alors qu'il fait état dans son rapport du 7 août 2016 de limitations fonctionnelles superposables à celles qu'il retenait en 2014 (asthénie et dyspnée), le médecin traitant ne motive pas non plus les raisons qui auraient conduit à une perte totale de la capacité de travail, alors qu'en 2014 il estimait que son patient disposait d'une capacité résiduelle de 60% dans son activité habituelle, selon lui idéale grâce aux adaptations du poste consenties par l'employeur. On remarquera que son rapport du 7 août 2016 reste peu clair s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, puisqu'il fait tout à la fois état d'une incapacité de travail de 100% et d'un temps de présence exigible de son patient inférieur à 4 heures. Le 16 décembre 2016, le Dr P. _____ s'est également déterminé sur la question de la capacité de travail de manière peu précise, arguant d'une capacité de travail de moins de 15 à 20%, même dans une activité intellectuelle, ajoutant ensuite qu'« (...) un travail même qu'intellectuel n'est tout simplement plus possible et même en accordant une capacité de travail de 30% niveau pulmonaire, la résistance niveau général n'est plus présente, rendant même une activité sédentaire impossible à assumer ». En outre, dans ce rapport du 16 décembre 2016, le Dr P. _____ a fait valoir des atteintes des poumons, de la peau, des nerfs, et « d'autres organes comme le cerveau ». Ces indications évoquant l'éventualité de nouveaux éléments au plan médical, la Dresse W. _____ du SMR a demandé au Dr P. _____ de lui transmettre les éléments cliniques ou paracliniques sur lesquels il se fondait, notamment au plan neurologique et cérébral. Or aucun des rapports remis par le Dr P. _____ le 26 janvier 2017 - qui ne s'est au demeurant pas déterminé plus avant - ne permet de conclure à une aggravation de l'état de santé du recourant, sur quelque plan que ce soit.

En effet, au plan cérébral, les doutes exprimés par le Dr L._____ le 12 février 2016 quant à l'éventualité de complications neurologiques de la sarcoïdose le long du nerf trijumeau droit ne se sont pas confirmés. En effet, l'IRM pratiquée sur demande du Dr L._____ le 16 février 2016 s'est révélée dans les limites de la norme, en présence de nerfs trijumeaux d'aspect symétrique, sans signe inflammatoire ni conflit à droit. Au cours de son propre examen, le Dr L._____ n'avait quant à lui trouvé aucune anomalie neurologique évidente, les tests de la sensibilité trigéminal et le contrôle du paquet acoustico-facial n'ayant pas montré de perturbation particulière. C'est ainsi en vain que le recourant invoque le fait que le Dr L._____ avait évoqué un tableau clinique confus pour en déduire les signes d'une aggravation.

Au plan pneumologique, les éléments apportés par le Dr P._____ ne conduisent pas non plus à un constat d'aggravation. En effet, dans leur rapport du 23 décembre 2016, à l'issue d'un séjour de 18 jours en novembre 2016, les Drs O._____, N._____ et G._____ du Service de pneumologie de l'Hôpital de B.C._____ ont confirmé le diagnostic principal de sarcoïdose de stade IV. Les pneumologues ont relevé qu'à son admission, le patient se plaignait surtout d'une asthénie et d'une dyspnée, qualifiée de stable, soit des mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues par l'OAI dans sa décision du 16 avril 2015. Les médecins ont observé que l'état général du patient, ainsi que ses fonctions pulmonaires et ses lésions cutanées, étaient restées stables malgré les différentes modifications du traitement. L'arrêt brusque de la Prednisone s'était traduit par une augmentation globale des symptômes et de la fatigue, mais comme relevé par le Dr J._____, face à cette réaction, le traitement de cortisone avait été immédiatement réintroduit le mois suivant son interruption. Il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de retenir que cette aggravation a perduré au-delà de la réintroduction du Prednisone. L'évaluation des fonctions pulmonaires pratiquée à l'Hôpital de B.C._____ a mis en évidence un syndrome restrictif de degré moyennement sévère, en présence de valeurs superposables à celles prévalant en 2014 (VEMS de 45 % du prédit, CPT [capacité pulmonaire

totale] de 65% du prédict, et CVF de 55 % du prédict). Les médecins ont également retenu un trouble de la diffusion de degré léger, en présence d'un DLCO de 64% du prédict, soit une valeur améliorée par rapport à celles existant en 2014. Le test de marche de 6 minutes pratiqué à l'admission avait permis à l'assuré de parcourir 520 mètres, alors que lors du test effectué à l'issue du séjour, l'assuré avait marché 570 mètres. De l'avis des pneumologues, le très bon résultat de base expliquait l'absence de progrès significatif entre l'admission et la sortie. Ce qui est déterminant de relever à cet égard est que le 13 mai 2014, l'assuré avait obtenu un résultat très proche, en parcourant 540 mètres (cf. rapport du 27 mai 2014 du Dr H._____). Ces différentes mesures ne permettent donc de pas poser un constat objectif d'aggravation. Les Drs O._____, N._____ et G._____ ont encore relevé qu'un test d'effort maximal cardio-pulmonaire avait démontré une capacité d'effort satisfaisante mais réduite par rapport au prédict, à cause d'une réserve ventilatoire épuisée. Néanmoins, ils n'avaient pas objectivé de perturbation de l'échangeur gazeux. Compte tenu de la persistance d'hypoesthésie avec dysesthésies des avants-pieds et mains, les Drs O._____, N._____ et G._____ ont organisé une consultation auprès du neurologue traitant.

A l'issue d'un examen clinique du 9 janvier 2017, le Dr S._____ a toutefois constaté que les symptômes neurologiques étaient stationnaires par rapport à 2013, hormis quelques phénomènes nouveaux tels que des sensations de crampes et décharges électriques intermittentes aux membres inférieurs ainsi que quelques douleurs crampiformes au niveau des mains, qui ne connaissaient toutefois pas de troubles sensitifs. Tout comme en 2013, l'assuré présentait toujours une hypoesthésie tacto-algésique en chaussette des deux pieds, avec phénomènes d'allodynie et d'hyperpathie, sans déficit moteur. Le neurologue a au surplus qualifié le résultat de l'EMG du 9 janvier 2017 de « quasi normal », précisant qu'il était superposable à celui de 2013. Compte tenu de la persistance des douleurs neurogènes, le Dr S._____ a préconisé d'essayer successivement d'autres molécules couramment utilisées en présence d'un tel tableau.

Enfin, les rapports émanant de [...] ne permettent pas non plus d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une aggravation de l'état de santé est survenue depuis avril 2015. Le 17 février 2016, le Dr B._____ a confirmé la présence d'un trouble ventilatoire restrictif, en présence de résultats objectifs quasiment superposables à ceux constatés jusqu'alors (une capacité pulmonaire totale de l'ordre de 61% du prédit, réduction légère de la capacité de diffusion, aucune hypoxémie à l'effort lors du test marche, au cours duquel l'assuré avait parcouru 497 mètres). Le pneumologue a également constaté que le CT scan effectué le 17 février 2016 avait mis en évidence des modifications des parenchymes pulmonaires stables par rapport aux imageries de 2014. Quant au Dr J._____, il n'a apporté aucun élément nouveau dans son rapport du 12 mai 2016 au Dr P._____, et le 19 janvier 2017, à l'issue d'un nouveau contrôle, il a indiqué qu'il n'y avait pas de progression dans l'altération des organes et pas d'activité de la maladie ensuite de l'introduction du Remicade et de la diminution du Prednisone. Contrairement à ce que soutient le recourant, ce n'est toutefois pas en vain que la Dresse W._____ du SMR retient que le Dr J._____ n'a constaté aucune aggravation, malgré un début des consultations au printemps 2016, dans la mesure où son avis permet d'examiner l'évolution sur près d'un an, soit environ la moitié de la période à examiner, et que le dossier contient d'autres rapports médicaux permettant de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé depuis avril 2015.

En définitive, les avis des Drs X._____ et P._____ ne remettent pas sérieusement en question l'appréciation de la Dresse W._____. Les autres rapports médicaux au dossier ne permettent pas non plus d'établir la survenance d'une aggravation notable et durable depuis avril 2015. Ils corroborent au contraire un état stable par rapport à celui prévalant au moment de la décision du 16 avril 2015. Il n'est certes pas exclu que l'état de santé de l'assuré ait subi quelques fluctuations, notamment à la suite de l'interruption du traitement de Prednisone en novembre 2015, mais aucun élément au dossier ne permet de retenir qu'elles aient donné lieu à des péjorations durables.

Certes, comme le relève le recourant, les médecins spécialistes consultés (hormis le Dr X._____) ne se sont pas prononcés sur la question de la capacité résiduelle de travail. Ceci ne suffit toutefois pas à jeter un doute sérieux sur les conclusions du SMR. En effet, s'agissant d'une procédure de révision, il convient de déterminer si une aggravation de nature à conduire à une modification des prestations versées jusqu'alors est intervenue entre avril 2015 et mars 2017. Ainsi, il est suffisant que les médecins interrogés fournissent des éléments permettant de procéder à une appréciation objective de cette évolution, ce qui est le cas en l'espèce.

C'est également en vain que le recourant fait grief au SMR de n'avoir pas procédé à une évaluation de son état de santé global, en prenant en compte sa fatigabilité, telle qu'attestée par les Drs X._____, P._____ et S._____, qui représente selon lui sa limitation la plus importante (cf. courrier de l'assuré à l'OAI du 6 décembre 2016). Le SMR a en effet récolté des avis de nombreux spécialistes susceptibles d'être concernés par les différentes atteintes potentiellement liées à une sarcoïdose (pneumologiques, neurologiques, dermatologiques, cardiologiques, ophtalmologiques, cérébrales). La Dresse W._____ du SMR a en outre sollicité une instruction complémentaire auprès du Dr P._____ en janvier 2017, notamment sur les plans cérébraux et neurologiques. Les éléments rassemblés par l'intimé étaient ainsi suffisants. L'appréciation faite par le SMR a pris en compte la fatigabilité affectant l'assuré, qui avait d'ailleurs déjà été constatée et unanimement reconnue en 2015.

Aucun élément au dossier ne permet enfin de suivre le recourant lorsqu'il affirme avoir travaillé au-dessus de ses forces. On remarquera tout d'abord qu'il est parvenu à travailler à 60% d'octobre 2013 à mars 2016, soit durant deux ans et demi. Une telle durée n'est *a priori* pas compatible avec un effort dépassant la capacité effective. Ensuite et surtout, aucun médecin ne s'est prononcé dans le sens d'un travail au-dessus des forces du patient, ni lors de l'examen de la demande initiale, ni au cours de la procédure de révision. Au contraire, le 29 mai

2014, le Dr P._____ a estimé que l'activité de son patient était idéale, car elle lui permettait d'aménager son temps de travail selon ses capacités. En outre, à l'issue d'un entretien avec l'assuré, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a pris note du fait que son activité habituelle avait été aménagée et qu'il ne rencontrait aucune difficulté dans l'accomplissement de ses tâches. Cet élément a été repris dans la décision du 16 avril 2015 et n'a fait l'objet d'aucune contestation. On ne saurait dès lors retenir, comme le soutient le recourant, que sa situation a été surévaluée lors de la prise de décision initiale, qui est au demeurant entrée en force sans avoir été contestée. Le fait qu'il explique avoir exercé son activité à taux réduit depuis novembre 2015, en prenant régulièrement des jours de vacances isolés, ne permet pas d'aboutir à une conclusion différente.

Les autres arguments soulevés par le recourant ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la décision entreprise. Ainsi, le fait que le diagnostic de sarcoïdose n'ait été posé que tardivement, que l'assuré ait été confronté à plusieurs changements de traitement et qu'il risque un licenciement pour le cas où il ne reprendrait pas son activité habituelle au taux de 60% ne laissent pas la Cour de céans insensible. Ce ne sont toutefois pas des éléments permettant d'établir un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de manière à modifier le droit à la rente.

En définitive, il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des constatations de la Dresse W._____ du SMR. On retiendra dès lors que l'instruction menée dans le cadre de la procédure de révision n'a pas permis d'objectiver une aggravation de l'état de santé entre avril 2015 et mars 2017 de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

C'est ainsi de manière fondée que l'intimé a estimé que le recourant disposait toujours d'une capacité résiduelle de travail et de gain de 60%, conduisant au maintien du quart de rente d'invalidité qui lui est alloué depuis le 1^{er} novembre 2014.

La Cour de céans relèvera cependant qu'il ressort du dossier quelques allusions relatives à des éventuelles difficultés d'ordre psychique. Ainsi, le 20 janvier 2014, le Dr X._____ a mentionné une probable composante d'un état dépressif réactionnel. Lors d'un entretien au Service de réadaptation de l'OAI le 17 juillet 2014, l'assuré a indiqué qu'il ne souhaitait aucune aide au plan psychique, les discussions avec son médecin traitant lui suffisant. Dans son rapport du 6 août 2014, le Dr X._____ a fait savoir que son patient avait évoqué la possibilité de l'introduction prochaine d'un traitement antidépresseur. Enfin, dans le questionnaire de révision du 14 juillet 2016, le recourant a fait état d'une humeur instable, depuis octobre 2015. Toutefois, au-delà de ces mentions, aucun diagnostic au plan psychique n'a été posé. Aucun traitement médicamenteux ni aucun suivi spécialisé n'ont au demeurant été entrepris sur ce plan. Aucune atteinte psychique invalidante ne saurait ainsi être retenue. Si toutefois, dans le futur, le recourant devait présenter des atteintes psychiques diagnostiquées par un spécialiste et de nature à induire une incapacité de travail, il lui serait loisible de déposer une nouvelle demande de révision auprès de l'OAI, à charge pour ce dernier de déterminer l'impact de telles atteintes sur l'ampleur du droit aux prestations.

6. Selon le principe inquisitoire, qui régit 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 nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant (à savoir en particulier en l'audition du Dr P._____ en qualité de témoin et l'audition de l'assuré dans le cadre d'une audience). En effet, de telles mesures d'instruction ne

seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées).

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

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. 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 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et doivent être mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause.

c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant été débouté de ses conclusions (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour le recourant),
- 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 :