

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 février 2023

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Riesen et Peter, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...]e, recourant, représenté par Me Cinzia Petito, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 - 2 et 59 al. 2bis LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] de nationalité kosovare (actuellement au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C), est marié et père de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Au bénéfice d'un bachelors en physique obtenu en 2003, il a enseigné dans son pays natal puis a occupé divers emplois en Suisse, et a travaillé en dernier lieu en qualité d'aide-électricien depuis 2015 au service de la société A.\_\_\_\_\_ SA, à [...].

Le 3 janvier 2018, l'assuré a déposé une première 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) en indiquant quant au genre d'atteinte à la santé : « kyste dans le cerveau, douleurs articulaires (épaule, nuque, genoux, coudes, poignets), le foie, gros intestin ».

Après avoir recueilli des renseignements usuels auprès des médecins consultés, le Dr E.\_\_\_\_\_, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité ; cf. avis du 15 janvier 2019), a retenu les diagnostics de spondylarthrite ankylosante HLA B27 avec symptômes douloureux en aggravation depuis le mois de juin 2018 avec hospitalisation, d'état vertigineux mal systématisé et de kyste cérébral non néoplasique, une hémochromatose génétique et une fistule anale opérée en notant l'existence par ailleurs d'une bursite subscapulaire. Si la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis au moins le mois de janvier 2018 dans sa profession d'aide-électricien, il existait par contre une capacité de travail entière dans une activité sédentaire légère respectant les limitations fonctionnelles retenues (à savoir, le port de charges, les déplacements, les efforts physiques en général ainsi que le travail sur échelles ou équivalents [du fait des vertiges rotatoires]). Compte tenu des restrictions fonctionnelles relativement banales, il ne se justifiait pas de compléter l'instruction médicale du cas par la mise en œuvre d'un stage d'évaluation afin de confirmer cette pleine capacité de travail résiduelle (cf. communication interne du 22 janvier 2019 de l'OAI).

Par projet de décision du 14 février 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100 % au terme du délai d'attente d'une année, soit en août 2015, compte tenu d'une diminution de la capacité de travail déjà présente en août 2014. Le droit potentiel à la rente naissait donc en août 2015. Cependant, la demande de prestations avait été déposée le 4 janvier 2018. Dès lors, la demande était tardive et la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018. Le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 5 %. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI ([loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; cf. communication du 14 février 2019 de l'OAI). Il a été mis fin à cette mesure le 29 avril 2019 en raison de l'absence de collaboration de la part de son bénéficiaire (cf. document intitulé « PLA – Rapport final » du 29 avril 2019 de l'OAI).

A l'appui de ses objections du 11 mars 2019 sur ce préavis négatif du 14 février 2019, l'assuré a produit deux rapports des 26 mars et 12 avril 2019 des médecins du Service de rhumatologie au CHUV, dont il ressortait, au terme du programme « Multimodal » suivi du 4 au 15 mars 2019, le diagnostic principal de spondylarthropathie HLA-B27 positive notamment périphérique. Dans ce contexte, des discopathies dégénératives cervicales ont été mises en évidence à l'IRM (imagerie par résonance magnétique), avec également une radiculopathie avec hypoesthésie dans le territoire de la racine L5 à gauche, provoquée par la hernie discale. Il existait par ailleurs des troubles anxiodépressifs en lien avec le parcours de vie difficile de l'assuré, et un potentiel trouble post-traumatique après des expériences vécues à la guerre. Au vu de l'ensemble du tableau clinique ainsi que du déficit de ressources (démonstré par les importants troubles du sommeil observés [index de fragmentation de 40]), le Prof. B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité, avec la précision qu'une fois que la radiculopathie et le Bechterew

seraient améliorés, et que l'affection psychiatrique serait prise en charge, une capacité résiduelle de travail de 50 % semblait possible.

Le 22 juillet 2019, l'assuré a informé l'OAI de l'absence de suivi sur le plan psychiatrique, avec la précision que les spécialistes du CHUV ainsi que son médecin de famille lui avaient proposé de consulter un médecin psychiatre ce qu'il avait refusé.

Par communication du 4 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de la tenue d'un entretien d'évaluation pour la mise œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle de type COPAI auprès de l'Orif [...].

Par communication du 7 novembre 2019, l'OAI a pris en charge les frais d'une évaluation auprès de l'Orif [...], COPAI, du 25 novembre au 20 décembre 2019.

Selon une note d'un entretien verbal du 19 décembre 2019 entre la spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI, la psychologue, le responsable de l'assuré, et le responsable de la structure COPAI à l'Orif [...], ainsi que l'assuré, ce dernier ne parvenait pas à sortir de son domaine de compétences, et tant qu'il n'aurait pas fait le deuil de son ancien métier, il ne pourrait pas se projeter dans une quelconque activité.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les derniers développements au dossier (cf. avis du 31 mars 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au F. \_\_\_\_\_ Sàrl (F. \_\_\_\_\_), à [...]. Dans leur rapport du 19 novembre 2020, les Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie HLA-B27 positive avec enthésopathies multiples, de lésion fissuraire de la coiffe des rotateurs supérieure droite, et de troubles dégénératifs cervicaux avec débords disco-ostéophytiques, ainsi que les diagnostics, non incapacitants, d'hémochromatose génétique, de kyste cérébral non néoplasique, et de

kyste vésical. Ils n'ont pas retenu de diagnostic au plan psychiatrique. Ils ont conclu que si l'activité habituelle n'était plus exigible de la part de l'intéressé depuis 2017, ce dernier disposait par contre d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir, éviter le port de charges de plus de cinq kilos, le travail les bras en l'air, monter et descendre les échafaudages, travailler dans des variations de températures extrêmes, tel que le froid, l'humidité et la chaleur, éviter de se mettre en position accroupie et alterner les différentes positions assis/debout et la marche). Ils ont précisé que, du point de vue rhumatologique, il n'y avait aucune limitation hormis en cas de crise douloureuse, avec également un risque de rechute de la spondylarthrite qui était imprévisible.

Après avoir soumis l'expertise précitée au SMR (avis du 26 novembre 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_), l'OAI a, par décision du 27 novembre 2020, confirmé la teneur de son projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 14 février 2019.

Cette décision est entrée en force.

**b)** Le 16 mars 2021, T. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de (*sic*) « spondylarthrite, hernie discale, hémochromatose, hépatite A, hépatite B traitée, kyste cérébral, Covid-19, tuberculose latente traitée, cancer de la vessie opéré, fustule [recte : fistule] gros intestin opéré trois fois, appendicite opéré ».

Dans un rapport du 12 mars 2021 au Dr O. \_\_\_\_\_, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a notamment fait état d'un status post pneumonie Sars-Cov2 avec tuberculose bacillaire traitée en 2018-2019, et a évoqué une intervention chirurgicale pour une tumeur de la vessie, ainsi qu'une radiculopathie L5-S1, une discopathie inflammatoire de type Modic 1, une sacro-ilite active à droite ainsi qu'une réactivation de tuberculose bacillaire traitée contre-indiquant le commencement du traitement pour la spondylarthropathie. Dans l'état actuel avec également des troubles d'anxiété importants, le Prof. B. \_\_\_\_\_ ne voyait pas ce patient travailler dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Compte tenu de ces nouveaux éléments, à savoir la tumeur de la vessie et la pneumonie post-Covid, l'OAI est entré en matière sur cette seconde demande de prestations.

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 13 avril 2021 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, se référant au rapport de consultation du 12 mars 2021 du Prof. B.\_\_\_\_\_. Ce médecin a posé divers diagnostics en mentionnant pour l'essentiel une radiculopathie L4-L5 droite non déficitaire ainsi que des douleurs inflammatoires au niveau de la sacro-iliite droite dans le cadre de la spondylarthropathie déjà connue. Il a estimé la capacité de travail de son patient comme nulle dans toute activité professionnelle depuis 2020 ;

- un rapport du 3 mai 2021 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, qui a opéré l'assuré le 1<sup>er</sup> mars 2021 à la Clinique de [...] de [...] en réalisant une urétrotomie en raison de récurrence multifocale d'une tumeur urothéliale endovésicale classée finalement par pTa G1 à G2. Posant le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de status post-TURV (résection de vessie) pour tumeur urothéliale endovésicale avec un potentiel de réadaptation dans le contexte d'une évolution favorable, ce spécialiste était d'avis que la pathologie urologique ne nécessitait pas l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité au vu de la capacité de travail totale de l'intéressé opéré et traité au CHUV en 2014 et 2018 pour une problématique similaire ;

- un rapport du 19 août 2021 des Dres S.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, respectivement médecin agréée et cheffe de clinique, du Service de pneumologie au CHUV, suivant l'assuré depuis le 9 août 2018. Ces médecins ont retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de spondylarthrite ankylosante, ainsi que ceux, sans incidence, de tuberculose pulmonaire traitée, d'appendicectomie en 2017, et de kyste

épididyme en 2006. Concernant les diagnostics d'œsophagite légère, de probable syndrome de stress post-traumatique, de côlon spastique, de cervico-brachialgies droite plus que gauche avec suspicion de bursite et tendinopathie subcapsulaire, et de papillome urothélial droit en 2014 sans malignité puis cancer de la vessie en mars 2021, elles ont indiqué qu'elles n'étaient pas en mesure de se prononcer s'agissant de leur incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Mentionnant la fin de leur suivi médical et un bon pronostic, elles ont retenu que, d'un point de vue strictement pneumologique, il n'existait pas de limitation fonctionnelle sous la réserve qu'une ergospirométrie n'avait pas été réalisée afin d'évaluer la capacité d'effort.

Par avis du 14 janvier 2022, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait d'adresser un questionnaire au Prof. B. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 24 février 2022 à l'OAI, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

*"1. Quel est le status clinique orthopédique détaillé (amplitudes articulaires, testings orthopédiques, force, déficits neurologiques, ...) en lien avec les nouvelles atteintes annoncées sur une seule base radiologique ?*

J'ai vu Monsieur T. \_\_\_\_\_ la dernière fois, le 07.06.2021. J'ai fait un examen clinique rhumatologique, ainsi qu'une échographie, mais pas un status clinique orthopédique détaillé. Je suis désolé.

A l'échographie, qui pour nous reste plus importante que l'examen clinique, je note une bursite rétroachilléenne à gauche, qui signifie une activité de sa spondylarthrite HLA-B27 positive. Il y a également des enthésiopathies, notamment au niveau des épaules, avec une réduction de la mobilité des épaules d'environ 30%.

L'échographie a été fait[e] par moi-même.

*2. Pourriez-vous nous transmettre les rapports des examens de radiologie effectués ?*

*3. Sur le plan strictement orthopédique, quelle serait la capacité de travail dans une activité adaptée respectant pleinement les limitations fonctionnelles déjà retenues (éviter le port de charges de plus de 5 kg, le travail les bras en l'air, monter et descendre les échafaudages, travailler dans les variations de température extrêmes, tel que le froid, l'humidité et la chaleur, éviter de se mettre en position accroupie et alterner les différentes positions assis/debout et la marche) ? Si non entières, selon quelles raisons médicales étayées et strictement orthopédiques ?*

Je suis rhumatologue et pas orthopédiste et je ne peux me positionner qu'en tant que rhumatologue.

La capacité de travail est difficile à évaluer dans une spondylarthrite. Dans une situation d'une maladie active, qui est le cas ici, je dirais une capacité de 50% dans une activité adaptée.

La situation inflammatoire dans cette maladie HLA-B27 positive est classiquement fluctuante et encore plus difficile à juger. Il a eu des valeurs inflammatoires élevées notamment en 2018 et 2020.

4. *Autres remarques :*

-".

Dans l'intervalle, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du 17 février 2022 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consultée à la fréquence d'environ une fois par semaine depuis le 17 janvier 2022, qui a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble panique (F41.0 ; depuis 2021), d'anxiété généralisée (F41.1 ; depuis 2017), de trouble dépressif moyen (F32.1 ; depuis 2018), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 ; depuis 1999), de trouble de la personnalité mixte (narcissique et évitante [F61.0]), ainsi que des diagnostics somatiques (spondylarthrose ankylosante depuis 2018). Sans effet sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un cancer de la vessie opéré en mars 2021, un status post pneumonie sur Covi[d] en 2020, une hémochromatose, une tuberculose traitée, des vertiges et chutes ainsi qu'un kyste de l'angle ponto-cérébelleux. Indiquant un mauvais pronostic, cette psychiatre a retenu une incapacité de travail de 50 % (à laquelle s'ajoutait un pourcentage somatique) de la fin 2017 au mois de mars 2021, puis de 100 % dans toute activité, avec la précision que les ressources adaptatives de son patient étaient actuellement dépassées. Sur le plan ménager, il effectuait ce qu'il pouvait de léger, avec l'aide de sa femme et de ses enfants. La psychiatre traitante a listé des limitations fonctionnelles (à savoir, *liées au trouble dépressif* : un manque d'endurance, une faible estime de lui-même, une pensée parasitée par des réflexions négatives sur les maladies, un découragement, des difficultés d'organisation au quotidien, un manque d'initiative, des troubles du sommeil, une fatigabilité, des troubles cognitifs légers avec un risque

accru d'erreurs, une perte d'intérêt et de plaisir, ainsi qu'une culpabilité pathologique paralysant les investissements psychiques ; *liées au trouble anxieux* : un manque de concentration et d'attention en raison de la pensée liées à la peur qui était prédominante [d'avoir mal, de faire une chute, de mourir, de l'échec] ; *liées au trouble de la personnalité narcissique* : une rigidité et des difficultés d'adaptation [autre métier, autre langue, autre système] et un sentiment de dévalorisation aussi fort que ne l'étaient ses atteintes idéalisées). Le traitement médicamenteux alliait la prise de Demetrin® 10 mg 1 cp/j., et de Paroxetine® 20 mg ½ cp pour le début prescrit le 3 février 2022, ainsi qu'une médication somatique (immunosuppression). On extrait en particulier ce qui suit de la rubrique « 2.2 Anamnèse, situation et symptômes médicaux actuels » de ce rapport :

“Monsieur T.\_\_\_\_\_ a contacté mon cabinet début 2022, en crise, avec un sentiment d'urgence et une grande désorganisation, déjà visible dans la manière d'appeler pour fixer le 1<sup>er</sup> rendez-vous. Il se sentait tellement mal qu'il devait impérativement parler de ses troubles et de leur histoire, alors qu'il avait cherché à oublier le passé ces 15 dernières années.

Cela était motivé par l'aggravation au cours des derniers mois de 2021 de

- 1) crises de palpitations et de panique nocturnes, ce qui l'avait amené aux urgences du CHUV le 16 [recte : 15] décembre 2021
- 2) angoisses en augmentation, quasi permanentes, état de stress
- 3) quasi-incapacité à dormir
- 4) pensées très négatives, noires

Il explique qu'il a beaucoup de soucis de santé, financiers, professionnels et familiaux. Tentant de démêler l'écheveau de ces difficultés dans le cadre de l'investigation psychiatrique, j'ai dû avoir recours au CD de l'assurance invalidité pour y comprendre quelque chose. [...]

Actuellement donc, en augmentation progressive depuis mars 2021, Monsieur T.\_\_\_\_\_ vit des journées et des nuits remplies d'angoisses, en relation avec

- 1) sa peur des maladies et de la mort autour de lui.  
En 2021, il a été opéré en mars d'un cancer de la vessie, ce qui a été source d'angoisses hypochondriaques majeures. Il imagine et craint toujours une récurrence locale, des métastases. En octobre, sa sœur est décédée du Covid à l'hôpital du [...]. Il ne peut voir cette mort comme naturelle car elle était en bonne santé jusqu'alors et pense qu'elle a été tuée par l'hôpital.

Ceci fait suite à : 2017 : vertiges inauguraux, documentation d'un kyste poncto-cérébelleux prob[ablement] pas causal, hémochromatose et saignée, 2018 : spondylarthropathie et TT [traitement] immunosuppresseur, 2019 : TBC [tuberculose], maladie de Crohn chez sa femme, 2020 : pneumonie sur Covid et pandémie.

2) des problèmes financiers aigus car lui-même n'assure pas de revenu à sa famille et son épouse, sur les épaules de laquelle repose l'entier de l'entretien de la famille, ne peut plus travailler comme avant, étant également malade. Il vit comme humiliant de devoir avoir recours à l'aide sociale, ce qui est inéluctable. Il ne voit pas d'issue.

Il a surpris une conversation entre ses enfants, qui disaient renoncer à faire des études universitaires car il n'y avait pas assez d'argent dans la famille et que, de ce fait, ils préféraient choisir une voie professionnelle courte. Il s'est senti blessé de ne pas être en mesure d'assurer le meilleur avenir à ses enfants."

Au terme d'un avis du 10 mars 2022, faisant le point de la situation, le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, était d'avis que sur le plan rhumatologique, les éléments à disposition restaient compatibles avec les précédentes conclusions des experts du F.\_\_\_\_\_ qui indiquaient notamment que « des arrêts de travail ponctuels ne sont pas exclus en cas de crise » ; il n'y avait pas de modification significative et durable à prendre en compte. Sur le plan psychiatrique, les quelques constatations rapportées depuis le mois de janvier 2022 ne permettaient pas d'objectiver une aggravation strictement médicale. Avant de se prononcer de manière définitive sur le cas, il convenait de compléter l'instruction médicale en obtenant le rapport de consultation du Service des Urgences du CHUV.

Dans un rapport du 15 décembre 2021, consécutif au séjour de l'assuré du même jour au sein du Service des Urgences du CHUV, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin assistant, a fait part d'une consultation ponctuelle pour une crise d'angoisse anamnétique (très inquiet, se sentant mourir, l'intéressé avait contacté le 144). Le status à l'entrée était dans la norme et il avait été proposé à l'assuré la reprise d'un suivi psychiatrique auprès du Service de psychiatrie de liaison du CHUV.

Dans un avis du 8 avril 2022, le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé que l'évocation d'un trouble panique reposait sur un épisode exclusivement objectivé par l'anamnèse et que la reprise tardive d'un

suivi psychiatrique dans le contexte d'une nouvelle demande s'apparentait davantage à une opposition à la précédente décision de l'assurance-invalidité comme l'indiquait la psychiatre. Il n'y avait pas de modification significative du fonctionnement psychique déjà connu de l'assuré de sorte que les précédentes conclusions du SMR restaient valables.

Par projet de décision du 13 avril 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit aux prestations (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité), au motif que l'examen de la nouvelle demande n'avait pas permis d'objectiver une modification notable de la situation qui prévalait lors de la précédente demande de prestations rejetée en novembre 2020.

Dans le cadre des objections du 30 avril 2022 de l'assuré, l'OAI a reçu un courrier du 10 mai 2022 de la Dre I. \_\_\_\_\_ informant que le traitement psychotrope actuel de son patient consistait en la prise de Deroxat® 20 mg 1 cp/j. (comprimé entier depuis le début avril) et Demetrin® 10 mg 1 cp/j., auquel s'ajoutaient d'autres traitements (notamment immunosuppresseur).

Dans le cadre de sa collaboration avec le service du Contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud, l'OAI a reçu un rapport du 9 mai 2022 consécutif à un contrôle effectué le 4 mai 2022 lors duquel l'assuré a été identifié comme un travailleur auprès de la société J. \_\_\_\_\_ Sàrl, à [...], dans le cadre de travaux de plâtrerie-peinture réalisés dans une villa privée sise sur les hauts de [...]. L'intéressé a affirmé avoir débuté cette activité le jour même comme aide-peintre. Il a été décidé de ne pas mener de plus amples investigations et de fermer le mandat (cf. document intitulé « Communication du Service LFA » du 19 mai 2022).

Malgré les objections formulées par l'assuré, l'OAI a, par décision du 16 juin 2022, confirmé la teneur de son projet de décision du 13 avril 2022. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, faisant

partie intégrante de sa décision, l'OAI a fait part à l'assuré du fait que son projet reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales.

**B.** Par acte du 11 août 2022, complété le 23 août suivant, T.\_\_\_\_\_, représenté par Me Cinzia Petito, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants, et le cas échéant après la production de nouvelles pièces et la mise en œuvre par le tribunal d'une expertise « neutre » bidisciplinaire « soit sur le plan psychiatrique, ainsi que concernant la spondylarthropathie HLA-B27 positive avec enthésopathies multiples, d'une lésion fissuraire de la coiffe des rotateurs supérieure droite et de troubles dégénérati[fs] cervicaux avec débords disco-ostéophytiques » ; plus subsidiairement encore, à la réforme de la décision du 16 juin 2022 en ce sens qu'il est mis au bénéfice de mesures de réadaptation. Il reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, en alléguant présenter une « dégradation constante » de son état de santé justifiant désormais l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité, s'estimant inapte à retravailler en raison de la totalité de ses problèmes de santé. Subsidiairement, il plaide l'annulation de la décision querellée et son renvoi à l'intimé pour nouvelle décision tenant compte de l'ensemble des avis médicaux et des circonstances. Afin d'étayer ses allégations, il a notamment fait verser en la cause les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 15 juillet 2022 des médecins du Service de pneumologie du CHUV, consécutif au suivi de l'intéressé au dispensaire antituberculeux de 2018 à 2022, dont il ressort les diagnostics suivants :

- “• Tuberculose abacillaire traitée :
  - Isoniazide du 22.06.2018 au 11.07.2018 pour tuberculose latente (TB spot positif lors de l'introduction d'un antiTNF alpha)
  - Rimstar du 12.07.2018 au 12.09.2018

- Rifinah du 13.09.2018 au 14.01.2019 puis du 24.01.2019 au 24.04.2019.
- Spondylarthrite ankylosante HLA B27+ avec atteinte axiale et enthésitique avec :
  - Actuellement sous Ixékizumab
- Suspicion de maladie de Crohn associée avec :
  - Fistule anale chronique postérieure traitée chirurgicalement en janvier et juillet 2016 par Dr [...]
  - Calprotectine à 54 mcg/g le 25.06.2018
- Cancer de la vessie
- Œsophagite légère à l'OGD du 03.07.2018 avec :
  - Prélèvements histologiques négatifs pour H. Pylori
- Hémochromatose héréditaire
- Kyste cérébral
- Probable syndrome de stress post traumatique
- Côlon spastique
- Cervico-brachialgies D>G avec suspicion de bursite et tendinopathie subscapulaire
- Appendicectomie en 2017 pour appendicite aiguë
- Papillome urothélial de 0.2 cm rétro-méatale droite en 2014, absence de malignité
- Kyste épidydime en 2009
- Syndrome Brugada"

Il ressort notamment de l'anamnèse que, sur le plan pulmonaire, l'assuré avait développé le 15 mars 2022 une infection au Covid-19 avec une atteinte de 25 % du volume pulmonaire au CT-thoracique. Il avait été hospitalisé dans ce contexte et de la physiothérapie respiratoire avait été mise en place. Par la suite, il était suivi au dispensaire antituberculeux avec une bonne évolution sur le plan respiratoire ; l'examen des fonctions pulmonaires de février 2021 était superposable à celui d'avant l'épisode de Covid-19. Les contrôles par radiologie thoracique en juin 2021 et juin 2022 ne montraient pas de signe de récurrence de la tuberculose. L'assuré signalait néanmoins la persistance d'une asthénie sévère et de douleurs articulaires que les médecins du CHUV imputaient à sa spondylarthrite ankylosante ;

- deux rapports des 6 avril et 15 août 2022 du Prof. B.\_\_\_\_\_. Dans le premier document, ce médecin a, au terme de sa consultation du 28 mars 2022, décrit un état de santé sans amélioration. Il mentionnait l'introduction d'un traitement de Taltz® depuis quatre mois, malheureusement sans effet contre la persistance d'importantes douleurs au niveau des coudes, hanches et genoux avec une fatigue conséquente. On extrait ce qui suit du second rapport établi par ce médecin :

“Monsieur T. \_\_\_\_\_ souffre d’une spondylarthrite HLA-B27 positif[ve] ainsi qu’un syndrome douloureux chronique, avec des troubles psychiatriques et des troubles dégénératifs au niveau du rachis et aux épaules. Un traitement par Taltz (anti-IL17) a été essayé pendant 4 mois, malheureusement, sans amélioration.

Il n’existe actuellement pas de signe inflammatoire clair de la spondylarthrite périphérique. La problématique du syndrome douloureux chronique semble être en 1<sup>ère</sup> ligne dans la liste des diagnostics. D’un point de vue rhumatologique, je reste dans une capacité de travail à 50% pour une activité physique adaptée. Les ressources psychiques devraient être analysées par un psychiatre.”  
Dans sa réponse du 8 septembre 2022, l’OAI a conclu au rejet

du recours et à la confirmation de la décision querellée. Se référant aux avis médicaux du SMR notamment ceux des 10 mars et 8 avril 2022 l’intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il est d’avis qu’en ce qui concerne la question des mesures professionnelles, le degré d’invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement. Enfin, il observe qu’une aide au placement peut par ailleurs difficilement se couronner de succès lorsque, comme c’est ici le cas, la capacité de travail exigible est contestée.

Une copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 12 septembre 2022, avec la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

**C.** Par décision du 16 août 2022, T. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l’assistance judiciaire avec effet au 11 août précédant. Il était exonéré du paiement d’avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d’office en la personne de Me Cinzia Petito lui a été désigné.

Le 23 novembre 2022, Me Petito a déposé sa liste des opérations.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 16 mars 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'intimé était en droit de nier une aggravation de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 27 novembre 2020.

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 16 mars 2021 par le recourant, si bien qu'il y a lieu de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la dernière décision de refus de prestations du 27 novembre 2020 – entrée en force – avec celle existant au moment de la décision litigieuse du 16 juin 2022 pour déterminer s'il existe une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à une rente.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022. En revanche, en cas de révision, la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 reste applicable, si la modification déterminante s'est produite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. ch. 9100 et 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 16 juin 2022, fait suite à une demande de prestations déposée en mars 2021, en se fondant sur l'intervention du 1<sup>er</sup> mars 2021 concernant le cancer de la vessie et sur le rapport du 12 mars 2021 du Prof. B.\_\_\_\_\_. Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, au terme du délai de carence d'une année. Il serait ainsi soumis aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des

preuves et, si nécessaire, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**4.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5.** **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. 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 la personne assurée, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; 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 (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**6. a)** En l'occurrence, aux termes de leur rapport du 19 novembre 2020 qui a fondé la décision de l'intimé du 27 novembre 2020 (cf. avis médical SMR du 26 novembre 2020), les experts du F.\_\_\_\_\_ ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie HLA-B27 positive avec enthésopathies multiples, de lésion fissuraire de la coiffe des rotateurs supérieure droite, et de troubles dégénératifs cervicaux avec débords disco-ostéophytiques, ainsi que ceux, non incapacitants, d'hémochromatose génétique, de kyste cérébral non néoplasique, et de kyste vésical. Ils n'ont posé aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Si l'activité habituelle n'était plus exigible de la part de

l'assuré depuis 2017, ce dernier disposait par contre d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, *éviter le port de charges de plus de cinq kilos, le travail les bras en l'air, monter et descendre les échafaudages, travailler dans des variations de températures extrêmes, tel que le froid, l'humidité et la chaleur, éviter de se mettre en position accroupie et alterner les différentes positions assis/debout et la marche*). Les experts ont précisé que, du point de vue rhumatologique, il n'y avait aucune limitation, hormis en cas de crise douloureuse, avec un risque de rechute de la spondylarthrite imprévisible.

**b)** Se fondant sur les analyses successives de la situation médicale effectuées à sa demande par le SMR, en dernier lieu les 10 mars et 8 avril 2022, l'office intimé retient que l'examen de la nouvelle demande de prestations déposée le 16 mars 2021 n'a pas permis d'objectiver une modification notable de la situation qui prévalait lors de la précédente demande de prestations rejetée en novembre 2020.

Le recourant, quant à lui, conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en demandant, le cas échéant, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire par la Cour de céans.

**aa)** Sur le plan somatique, dans son rapport du 24 février 2022, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a noté, à l'échographie réalisée par ses soins, une bursite rétroachilléenne à gauche signifiant, selon lui, une activité de la spondylarthrite HLA-B27 positive. Il a ajouté que la situation inflammatoire de cette maladie HLA-B27 positive est classiquement fluctuante et encore plus difficile à juger, rappelant qu'il y avait eu des valeurs inflammatoires élevées notamment en 2018 et 2020. Or les experts du F. \_\_\_\_\_ avaient expressément tenu compte du fait que la capacité de travail du recourant était susceptible d'être ponctuellement diminuée en cas de crise douloureuse de la spondylarthrite dont ils ont précisé que le risque de rechute de cette atteinte à la santé était imprévisible. Ils avaient dès lors conclu à l'absence de limitation sur le plan rhumatologique hormis en cas

de crise douloureuse. L'introduction du traitement par Talz (anti-IL17), décrite dans les rapports des 6 avril et 15 août 2022, durant quatre mois n'a certes pas apporté d'amélioration. Il convient toutefois de constater qu'à la date précitée, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a admis qu'il n'existait actuellement pas de signe inflammatoire clair de la spondylarthrite périphérique, ce qui démontre que pour l'instant elle est stabilisée.

Dans son rapport du 15 août 2022, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a en outre estimé que la problématique du syndrome douloureux chronique semblait être en première ligne. Il n'a toutefois pas expliqué pour quel motif il y aurait sur ce plan une aggravation de l'état de santé de son patient qui justifierait la reconnaissance d'une capacité de travail résiduelle de 50 %. En l'absence d'un examen clinique complet, son constat repose dès lors essentiellement sur les déclarations de son patient, ce qui est insuffisant. Par ailleurs, les experts du F.\_\_\_\_\_ avaient déjà mentionné que l'intéressé faisait état de douleurs invalidantes diffuses au niveau des épaules, de la nuque, des lombaires, des coudes et des genoux, mais l'examen clinique rhumatologique pratiqué dans le cadre de l'expertise ne mettait en évidence aucune pathologie incapacitante. Enfin, les diagnostics de lésion fissuraire de la coiffe des rotateurs supérieure droite et de troubles dégénératifs cervicaux avec débords disco-ostéophytiques ne sont pas nouveaux et avaient été dûment pris en compte par les experts dans l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé qui était complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par conséquent, on retiendra que sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis les conclusions des médecins du F.\_\_\_\_\_ du 19 novembre 2020, à l'exception de l'apparition d'un diabète (non insulino-requérant) et d'une hypercholestérolémie. Il n'est toutefois pas possible de prédire quelle sera l'évolution de la spondylarthrite ankylosante à long terme.

La récurrence de la pathologie urologique, avec une intervention chirurgicale pratiquée le 1<sup>er</sup> mars 2021 pour une tumeur de la vessie, justifie le diagnostic de status post-TURV pour tumeur urothéliale endovésicale. Selon le DrV.\_\_\_\_\_ qui l'a opéré le 1<sup>er</sup> mars 2021, il existe

chez l'assuré un potentiel de réadaptation dans le contexte d'une évolution favorable. Dans son rapport du 3 mai 2021, cet urologue traitant, est dès lors d'avis que l'atteinte en question n'a aucune incidence sur la capacité de travail totale du recourant qui ne nécessite pas de prestations de l'assurance-invalidité.

Les diagnostics de status post pneumonie Sars-Cov2 et de réactivation de tuberculose abacillaire traitée en 2018-2019, posés par le Prof. B.\_\_\_\_\_ n'ont pas d'effet sur la capacité de travail du recourant. Du point de vue strictement pneumologique, les spécialistes du CHUV ont constaté l'absence de limitation fonctionnelle, sous la réserve d'une ergospirométrie non réalisée afin d'évaluer la capacité d'effort. Dans leur rapport du 15 juillet 2022, les pneumologues du CHUV décrivent le développement, depuis le 15 mars 2022, d'une infection au Covid-19 avec une atteinte de 25 % du volume pulmonaire justifiant l'hospitalisation de l'assuré et la physiothérapie respiratoire mise en place. Par la suite, lors du séjour de l'assuré auprès du dispensaire antituberculeux (en raison d'une tuberculose abacillaire traitée de 2018 à 2022), l'examen des fonctions pulmonaires était superposable à celui d'avant l'épisode de Covid-19. Les contrôles par radiographie thoracique en juin 2021 et juin 2022 n'ont quant à eux pas montré de signes de récurrence de la tuberculose. L'assuré signalait néanmoins la persistance d'une asthénie sévère et de douleurs articulaires. Selon ses pneumologues traitants, ces symptômes sont dus à la spondylarthrite ankylosante. Or comme déjà dit, cette dernière affection est connue de longue date alors que ses effets actuels sur la capacité de travail du recourant ont déjà dûment été pris en compte par les experts du F.\_\_\_\_\_.

Pour le reste, le recourant ne présente actuellement pas d'autres atteintes à la santé somatique susceptibles d'altérer sa capacité de travail.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, il sied de constater que dans le cadre de sa première demande de prestations AI, le recourant a été examiné le 21 octobre 2020 par l'expert W.\_\_\_\_\_ lequel a conclu à

l'absence d'atteinte psychiatrique, rappelant que l'intéressé n'était pas suivi par un médecin-psychiatre, qu'il n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et qu'il ne bénéficiait d'aucun traitement psychiatrique ou psychothérapeutique intégré.

Le 16 mars 2021, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI, notamment en lien avec une intervention pratiquée le 1<sup>er</sup> mars 2021 par le Dr V. \_\_\_\_\_ en raison d'une récurrence d'une tumeur au niveau de la vessie. Dans le cadre de son rapport du 12 mars 2021 faisant suite à une consultation du 8 mars 2021, le Prof. B. \_\_\_\_\_ a fait état de troubles d'anxiété importants, notamment un trouble anxieux de l'humeur induit par son histoire de vie et une probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ajoutant que son patient n'avait plus de ressources psychiques. Dans le cadre d'une demande de renseignements, le recourant a indiqué le 30 novembre 2021 à l'OAI que l'aggravation de son état de santé était liée au cancer de la vessie, la spondylarthrite, le vertige, les problèmes mentaux et la fatigue. Le 15 décembre 2021, il a été transporté aux urgences en raison de palpitations sur trouble anxieux. A son arrivée au Service des urgences, le recourant décrit une situation difficile en raison notamment de la spondylarthrite et son cancer de la vessie. Il ajoute que sa sœur est décédée au [...] deux semaines plus tôt et décrit des flash-backs de la période de la guerre du [...] qu'il a vécu comme jeune adolescent. Il rapporte qu'un suivi psychiatrique avait été réalisé au [...] puis stoppé en raison d'une amélioration de la symptomatologie. Une reprise d'un suivi psychiatrique est préconisée. Alors que le recourant avait toujours refusé un tel suivi (cf. courrier de l'assuré du 22 juillet 2019), il sollicite un rendez-vous auprès de la Dre I. \_\_\_\_\_ début 2022, laquelle précise que l'assuré « se sentait tellement mal qu'il devait impérativement parler de ses troubles et de leur histoire, alors qu'il avait cherché à oublier le passé ces 15 dernières années ». Dans son rapport du 17 février 2022, la psychiatre traitante a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble panique (F41.0 ; depuis 2021), d'anxiété généralisée (F41.1 ; depuis 2017), de trouble dépressif moyen (F32.1 ; depuis 2018), de modification durable de la personnalité après une

expérience de catastrophe (F62.0 ; depuis 1999), de trouble de la personnalité mixte (narcissique et évitante [F61.0]), ainsi que des diagnostics somatiques (spondylarthrose ankylosante depuis 2018). Dans le contexte d'un mauvais pronostic, l'incapacité de travail du recourant est évaluée par sa psychiatre à 50 % (à laquelle s'ajoutait un pourcentage somatique) de la fin 2017 au mois de mars 2021, puis de 100 % depuis lors dans toute activité. Rappelant que son patient n'avait jamais accepté de collaborer avec le milieu psychiatrique jusque-là, elle a expliqué que lors de l'expertise auprès du F.\_\_\_\_\_, l'assuré avait évité de parler de son traumatisme et de ses conséquences actuelles, montrant une façade si lisse à l'expert W.\_\_\_\_\_ que celui-ci conclura à un tableau psychique sans pathologie aucune. Elle a estimé que les atteintes psychiatriques étaient en augmentation progressive depuis mars 2021 en lien avec sa peur des maladies et de la mort autour de lui et de problèmes financiers, l'intéressé vivant des journées et des nuits remplies d'angoisses. Il craint une récurrence de son cancer et des métastases, est persuadé que sa sœur décédée en octobre 2021 a été tuée par l'hôpital au [...] et éprouve de la panique pour les prises de sang, les saignées et les injections. On ne saurait conclure comme l'a fait le SMR (avis médical du 8 avril 2022) « à la reprise tardive d'un suivi psychiatrique dans le contexte d'une nouvelle demande qui s'apparente davantage à une opposition à la précédente décision AI comme l'indique la psychiatre ». En effet, l'appréciation de la Dre I.\_\_\_\_\_ est plus nuancée, en ce sens que son patient s'est senti blessé de ne pas être en mesure d'assurer le meilleur avenir à ses enfants, après avoir surpris une conversation entre ses enfants, lesquels envisageaient de renoncer à leurs études universitaires en raison du manque d'argent au profit d'une formation professionnelle plus courte. Selon la Dre I.\_\_\_\_\_, les ressources adaptatives de l'assuré sont épuisées et la gestion des maladies physiques et des difficultés psychosociales (et les angoisses qui vont avec) envahissent tout le champ de conscience. L'assuré est suivi par la Dre I.\_\_\_\_\_ à raison d'environ une fois par semaine depuis le 17 janvier 2022 et l'était toujours en mai 2022 (cf. courrier de la Dre I.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2022).

**c)** Sur le vu des contradictions entre les avis du Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR, d'une part, et ceux de la Dre I. \_\_\_\_\_, d'autre part, il existe en l'occurrence des doutes quant à la fiabilité des constatations effectuées par le SMR. Dans la mesure où l'intimé est entré en matière, et que la situation telle qu'elle se présentait en 2020 ne semble plus d'actualité, l'état de santé psychique du recourant ayant plausiblement connu une évolution dès mars 2021, l'OAI ne pouvait, sans autres mesures d'instruction, écarter la demande de prestations, sans l'examiner ni procéder à une appréciation globale de sa situation à la lumière des indicateurs jurisprudentiels.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de rendre une nouvelle décision.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** 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 judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 16 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 T.\_\_\_\_\_ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Cinzia Petito (pour T.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :