

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 novembre 2024

---

Composition : M. PARRONE, président  
MM. Neu et Wiedler, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissant portugais, R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de deux enfants nés en [...] et [...]. Titulaire d'un permis de séjour en Suisse de type C, il a travaillé depuis 1986 jusqu'en janvier 2017 pour le compte de divers employeurs.

Dans le cadre d'une première demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes déposée le 11 août 2017 en lien avec des problèmes aux genoux, l'assuré a bénéficié d'une aide au placement qui a débouché sur un engagement en tant qu'employé technico-commercial à plein temps dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018 auprès de la société A.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...].

Par décision du 5 juin 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de rente d'invalidité, au motif que la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100 % à l'échéance du délai d'attente d'une année depuis le début des ennuis de santé le 23 janvier 2017 et que le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 6,27 %. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Depuis juin 2018, R.\_\_\_\_\_ a travaillé en tant que directeur commercial gérant à 100 % pour le compte de la société E.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...]. Il a présenté des arrêts de travail à 50 % depuis le 12 février 2021, à 100 % depuis le 10 mars 2021, à 50 % dès le 22 mars 2021, puis à 100 % dès le 21 juin 2021 et pour une durée indéterminée.

Le 28 juillet 2021, R.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations en raison, entre autres, d'une cardiopathie ischémique, des suites d'un cancer de la prostate avec un degré d'agressivité important (Gleason 8) diagnostiqué le 18 juin 2019 traité notamment par radiothérapie et depuis juin 2019 (pour une durée de trois ans) par hormonothérapie (Lucrin) conduisant à une nycturie, une pollakiurie, une

aggravation de l'obésité, un syndrome d'hypoventilation pulmonaire, une asthénie, des arthralgies et des bouffées de chaleur (cf. avis du 14 mars 2022 de la Dre F. \_\_\_\_\_ du SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité]).

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande, l'OAI a recueilli le dossier constitué par l'assureur perte de gain ( [...] Assurances SA) dont notamment un rapport du 20 juillet 2021 du Dr N. \_\_\_\_\_, ancien médecin traitant. L'OAI a aussi obtenu un rapport du 20 octobre 2021 de ce médecin. Il en ressort que les incapacités de travail établies étaient motivées par l'obésité morbide (> 140 kilos) aggravée par le traitement de Lucrin prescrit dans le cadre de l'adénocarcinome prostatique, provoquant un syndrome d'hypoventilation pulmonaire, une asthénie, des arthralgies, des vertiges et des sudations profuses en plus de la cardiopathie ischémique ; l'assuré était vite fatigué et devait se reposer toutes les cinquante minutes au moins. Etait joint le dernier bilan cardiaque du 1<sup>er</sup> septembre 2021 qui montrait une stabilité de la fonction ventriculaire gauche (estimée autour de 35-40 %) sans valvulopathie significative. Toutefois l'assuré décrivait une dyspnée d'effort en péjoration, de stade NYHA III, qui pouvait s'expliquer par la prise pondérale progressive. Il présentait également des légers signes d'hypervolémie sous forme d'œdèmes des membres inférieurs.

Dans un rapport du 8 avril 2022, la Dre S. \_\_\_\_\_, médecin traitante, ne constatait pas de franche amélioration en présence de l'assuré, qui pesait 139 kilos avec une dyspnée après 100 mètres de marche et des bouffées de chaleur. Sa capacité de travail était éventuellement de 25 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigue et essoufflement au moindre effort). Une amélioration dans un délai de douze mois était possible après l'arrêt du Lucrin. Était joint un rapport de la dernière consultation pneumologique du 4 janvier 2022 auprès du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie. Diagnostiquant notamment un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil de degré sévère traité par CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) depuis novembre 2021 et notant une amélioration subjective et objective des fonctions pulmonaires (« nette amélioration des fonctions pulmonaires

avec actuellement une absence de syndrome obstructif ») avec le traitement antiasthmatique, ce médecin encourageait l'assuré à maintenir une activité physique régulière et à essayer de perdre du poids tout en étant suivi par son médecin traitant et sur le plan cardiologique.

Dans un rapport d'une nouvelle consultation pneumologique du 8 août 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics en y ajoutant une infection de forme légère à COVID19 en février 2022. Il a noté une amélioration de l'asthme avec diminution des stéroïdes inhalés sans toux actuelle ni d'expectoration chronique, la dyspnée étant secondaire à l'obésité de classe 3 (IMC [indice de masse corporelle] 43.6 kg/m<sup>2</sup>). Il était indiqué que le poids aurait diminué de 5 kilos en six mois et que la CPAP n'était pas utilisée de manière régulière. Pour le pneumologue, l'asthme était sous contrôle et une reprise d'activité était souhaitable tout comme la reprise de l'utilisation du CPAP. Un contrôle à six mois était prévu.

Suivant le point de vue du SMR (avis des 14 mars et 26 avril 2022 de la Dre F.\_\_\_\_\_), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise en médecine interne au Dr K.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui a rendu son rapport le 9 septembre 2022 et un complément du 27 novembre 2022. Il en ressort les diagnostics suivants :

“Sur le plan somatique :

1. Diabète type II bien équilibré depuis un mois : en témoigne la présence d'un traitement conséquent et une fructosamine normale.
2. Obésité : en témoigne le BMI [Body Mass Index] > 40 Kg/M<sup>2</sup>.
3. Hypertension artérielle traitée, avec valeurs diastoliques au-dessus des recommandations dans le cadre d'un diabète où l'on vise 85 mm Hg de diastolique, ici 91 mm Hg. Valeurs possiblement plus hautes dans le cadre de l'expertise, à suivre par le médecin traitant.
4. Insuffisance cardiaque compensée, avec NT-pro BNP normal.
5. Syndrome des apnées obstructives du sommeil non traité. Diagnostic fait par le pneumologue le Dr G.\_\_\_\_\_.
6. Status après traitement d'un adénocarcinome prostatique en rémission (PSA 0.10 µg/l) traité par hormonothérapie et radiothérapie curative sur le petit bassin avec séquelles
  - Sur la fonction érectile.

- Sur une vessie irritable possible avec probable prostatite chronique à E. Coli.
- 7. Troubles ostéoarticulaires chronique[s] lombaires et des hanches. Status après valgisation du tibia droit et arthrose fémoro-patellaire.
- 8. Vertiges en amélioration.
- 9. Gastrite à *helicobacter pylori* suggérée par l'anamnèse et le status. En témoigne le test respiratoire.
- 10. Insuffisance veineuse des membres inférieurs.

Sur le plan psychosomatique :

- 11. Probable trouble de l'adaptation voire trouble anxio-dépressif récurrent de gravité moyenne, non traité.
- 12. Trouble de l'humeur induit par l'alcool (F10.8) : en témoigne les déclarations de l'assuré sur sa consommation ancienne (actuellement sevrée au vu de la CDT [*Carbohydrate Deficient Transferrin*] normale), des parotides hypertrophiées."

L'expert a estimé que si l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : l'absence de travail de force, de port de charge supérieure à dix kilos, de travail en milieu non tempéré, de travail dans la restauration ou une activité où l'alcool est disponible, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de montée et descente d'escalier de manière répétitive, ou encore de travail à genou ou accroupi. Sur le plan thérapeutique, l'expert a fait part de la nécessité d'améliorer le traitement du diabète qui n'était pas totalement équilibré, de traiter une infection urinaire et gastrite, découvertes lors des examens complémentaires, d'utiliser la CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) et de mettre en place une prise en charge psychiatrique de l'assuré.

Se fiant au point de vue du SMR (avis du 17 novembre 2022 de la Dre F. \_\_\_\_\_), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise en psychiatrie à la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 24 février 2023, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis avril 2019 (F41.2), de traits mixtes de la personnalité dépendante et anxieuse, actuellement non décompensés (Z73.1) ainsi qu'une dépendance éthylique, actuellement abstinente depuis plus de deux ans (F10.20). Cette experte a indiqué ne pas retenir des

troubles douloureux somatoformes ou des somatisations car les douleurs, les limitations dans les activités lourdes physiquement et les vertiges avaient une base organique, selon l'anamnèse, à la suite des traitements anti-cancer. En outre, ils ne nécessitaient pas de traitement pharmacologique. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis toujours, la reprise d'activité dépendant de la motivation de celui-ci.

Après avoir soumis l'expertise précitée au SMR (avis du 13 mars 2023 de la Dre F. \_\_\_\_\_), l'OAI a, par projet de décision du 23 mars 2023, informé l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à des prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que sa situation était superposable à celle qui prévalait lors de la précédente instruction en l'absence de modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue à l'époque.

A l'appui de ses objections du 18 avril 2023, l'assuré, avec le concours de la Dre S. \_\_\_\_\_, a expliqué en particulier que la fatigue s'était installée progressivement à partir de l'été 2020 et que son poste de travail était particulièrement adapté aux problèmes urinaires découlant du cancer (WC situé à l'intérieur du bureau). Il a également précisé ce qui suit :

“En février 2021 mon médecin m'a mis en arrêt maladie à 50% car je n'arrive plus à faire l'après-midi même à la maison, je devais rester allongé car les bouffées de chaleur et vertiges étourdissements ne me permettaient pas de travailler, normalement, j'ai eu quelques jours d'arrêt à 100% au mois de mars mais je n'ét[ais] pas bien du tout et de nouveau à 50% jusqu'à la fin juin, pour pouvoir gérer la fin des chantiers et depuis, fin juin je suis en arrêt maladie à 100% et je souffre quasi en permanence, je passe la plupart de mon temps, assis, allongé, sans savoir vraiment dans quel[le] position je dois me mettre pour moins souffrir, je dors avec l'appareil pour les apnées du sommeil mais avec le problème de me lever 3 ou 4 fois, pour aller au WC ne me repose pas trop non plus avec tout ça.

Actuellement pour pouvoir accompagner mon épouse au supermarché pour faire nos courses, c'est malheureux à dire, mais à l'âge de 59 ans je dois m'accrocher au chariot pour pouvoir faire le tour du magasin, après nous rentrons à la maison il y a que pour 5 minutes en voiture mais je peine à sortir de la voiture car j'ai mal partout, souvent je devais calculer le temps car j'allais aux WC avant

de partir [ç]a faisait juste le temps pour retourner en vitesse pour y aller de nouveau aux WC, les muscles me font mal d'avoir marché plus que j'ai l'habitude, je ne peux plus monter au 1<sup>er</sup> avec les sacs des courses car je n'arrive pas à prendre quelques kilos dans les bras, je ne peux plus monter une montée d'escaliers sans m'accrocher à la main courante.

[...]

Lors de ladite expertise [ndrl : l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_], j'ai l'impression qu'il ne m'a pas vraiment écouté, quand je lui disais que je souff[re], lorsque je marche plus de 100 ou 150 mètres, tant au niveau physique, qu'au niveau cardiaque, les fréquences qui montent anormalement lors des petits efforts ainsi que des essoufflements, également le mal au dos, qui me fai[t] souffrir énormément. Là il m'a dit, vous avez bien marché depuis l'arrêt du tramway ? Non docteur je suis venu en voiture et j'ai stationné dans votre parking co[mm]e indiqué. Il me dit vous avez bien marché les 500 mètres qui séparent la place de parc jusqu'à l'entrée et vous avez monté les escaliers. Oui docteur, mais il n'y a pas 500 mètres depuis la place de parc docteur, cela pour me dire que j'étais plus en forme que le pens[ais] et qu'avec un peu d'entraînement tou[t] va devenir normal, et je pouvais envisager de travailler de nouveau. Et qu'il all[ait] me mettre au travail de nouveau. Il y a environ 80 mètres depuis sa place de parc jusqu'à l'entrée de son immeuble j'ai calculé plus [o]u moins par rapport au nombre de places de parc existantes dans l'allée et environ une dizaine de marches pour arriver à l'ascenseur, s'il y avait 500 m je n'aurais pas pu les faire. Le Docteur n'a pas vraiment le sens des distances ou alors il n'est pas très objectif dans ces propos. 2<sup>e</sup> constatation quand j'ai parlé que je souffre de bouffées de chaleur quasi permanentes, mais pour le docteur, les causes étaient autres que les effets indésirables de mon traitement hormonal, pour le cancer de la prostate. Actuellement, je souffre encore de ces maudites bouffées de chaleur accompagnées de vertiges, qui commencent souvent quand je suis à table, et qui m'obligent encore aujourd'hui à m'allonger tête en arrière pendant un moment pour que ça passe, heureusement un peu moins fréquentes."

Dans un rapport du 8 mai 2023 à l'OAI, la Dre S. \_\_\_\_\_ a écrit en particulier ceci :

"Il s'agit d'un sympathique patient de 59 ans connu pour les antécédents susmentionnés :

- Hypertension artérielle traitée ;
- Hypercholestérolémie traitée ;
- Obésité morbide ;
- Ancien tabagisme sevré ;
- Cardiopathie ischémique avec une FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] fortement diminuée, status post-pose de pacemaker avec resynchronisation en 2015 ;
- Infarctus inféro-latéral en 2006 avec un stent actif ;
- Diabète de type II bien contrôlé sous Ozempic ;
- Adénocarcinome de la prostate de stade Gleason 8, status post-radiothérapie en 2019, sous Lucrin jusqu'à avril 2022 ;

- Prise pondérale de 20 kg suite à l'hormonothérapie ;
- vertiges invalidants aspécifiques multi-investigués ;
- Gonarthrose droite, status post-ostéotomie valgissante du genou à droite ;
- SAOS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil] et SOH [syndrome obésité-hypoventilation] sous CPAP [*Continuous Positive Airway Pressure*].

Synthèse :

Comme mentionné, Monsieur R. \_\_\_\_\_ est polymorbide, et il est suivi par plusieurs spécialistes pneumologue, urologue. Malgré un traitement efficace et bien conduit, il présente une dyspnée de stade mMRC3 avec des douleurs musculaires/articulaires diffuse[s] invalidantes qui l'empêchent pour son activité quotidienne.

Dans le but de diminuer le poids, j'ai introduit récemment un traitement de Ozempic avec un effet encourageant, not[ant] une perte de 5 kg en cinq semaines, malgré lequel les symptômes généraux, notamment la fatigue, la dyspnée ainsi que la douleur ostéoarticulaire restent toujours invalidantes. [...]"

En annexe à ce rapport, la médecin traitante de l'assuré a notamment joint les pièces médicales suivantes :

- divers rapports de consultations du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie. Dans le dernier rapport du 30 novembre 2022, ce médecin a indiqué que depuis l'arrêt de l'hormonothérapie en avril 2022, les bouffées de chaleur et les vertiges avaient diminué et que l'intéressé se relevait deux à trois fois la nuit pour uriner avec des besoins aux heures et heures et demie en journée ;

- un rapport du 23 mai 2023 du physiothérapeute B. \_\_\_\_\_, suivant l'assuré à une fréquence hebdomadaire depuis le 6 février 2020 pour le traitement de ses rachialgies chroniques, l'amélioration de sa fonction musculaire et de sa condition physique générale ;

- un rapport du 24 mai 2023 de la psychologue et psychothérapeute C. \_\_\_\_\_ qui suivait l'assuré depuis le 13 janvier 2023 et l'avait suivi auparavant en 2017-2018 dans le contexte d'un licenciement. Retenant un épisode dépressif moyen (F32.1) et une anxiété sévère remontant selon elle à plus de dix mois, cette intervenante a fait part d'une « certaine amélioration » des symptômes anxio-dépressif depuis le début de sa prise en charge chez l'assuré qui continuait à décrire des idées

morbides, un isolement social, une hypersensibilité, une irritabilité et des troubles du sommeil. Sans s'exprimer sur la capacité de travail de son patient, la psychologue a relevé que celui-ci était visiblement affecté par sa situation professionnelle et par de lourds soucis de santé physique, et qu'il acceptait également difficilement sa condition de bénéficiaire de l'aide sociale.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a requis le point de vue du SMR sur les éléments recueillis au dossier. Le SMR a estimé qu'il n'était pas rapporté, depuis ses dernières conclusions, de nouvelles atteintes à la santé durablement incapacitantes ou de modifications des atteintes déjà reconnues (avis du 3 juillet 2023 de la Dre F. \_\_\_\_\_).

Par décision du 13 juillet 2023, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 23 mars 2023.

**C.** Par acte déposé le 11 septembre 2023, R. \_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme et à la condamnation de l'OAI à lui octroyer les prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à cette autorité pour instruction complémentaire. Il a fait part de son désaccord avec la non-reconnaissance de l'aggravation de son état de santé. Ce faisant, il se plaignait d'une instruction insuffisante en contestant la valeur probante du rapport d'expertise du 9 septembre 2022 et son complément du 27 novembre 2022 du Dr K. \_\_\_\_\_, soutenant que cette expertise ne restituait sa situation actuelle que d'une façon irréaliste « pleine d'incohérence, mensonges et atteintes à [s]on honneur ». Il ajoutait attendre l'établissement d'un rapport médical confirmant sa position. Le recourant a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par décision du 13 octobre 2023, le juge instructeur a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 septembre

2023, en l'exonérant d'avances et des frais de judiciaires. Il était en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Le 15 novembre 2023, le recourant, désormais représenté par Procap, a confirmé ses précédentes conclusions. Il a critiqué le rapport d'expertise en médecine interne au dossier en reprochant à son auteur d'avoir minimisé les plaintes et constaté les faits de manière erronée et tendancieuse en minimisant les effets secondaires du traitement de Lucrin, de son obésité, de sa polymorbidité et de ses problèmes urinaires. En annexe à son mémoire, il a produit des photographies Google® de la distance entre le parking et le cabinet du Dr K. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 29 octobre 2023 de la Dre S. \_\_\_\_\_ relevant que son patient présentait une dyspnée de stade mMRC 3 depuis sa prise en charge en novembre 2021 et ce, au moins jusqu'en septembre 2022 lors des entretiens avec le Dr K. \_\_\_\_\_. Selon la médecin traitante, cette dyspnée contraignait son patient à s'arrêter régulièrement pour reprendre son souffle après seulement quelques minutes de marche ou après avoir parcouru une certaine distance sur terrain plat. La Dre S. \_\_\_\_\_ a fait part de son étonnement sur le constat de l'expert selon lequel le recourant avait pu marcher sur une pente ascendante sur une distance de six cents mètres et monter onze marches d'escaliers. En comparaison, sa médecin a indiqué que son patient éprouvait déjà un essoufflement important en parcourant la distance d'environ trois cents mètres à plat du parking jusqu'à son cabinet. La Dre S. \_\_\_\_\_ a répété que la dyspnée était multifactorielle sur une cardiopathie ischémique, un syndrome d'apnées du sommeil, une obésité importante (liée au traitement hormonal pour le cancer de la prostate) et une dépression modérée. La médecin traitante a indiqué qu'il s'y ajoutaient une fatigue et des vertiges vraisemblablement liés à l'hormonothérapie, investigués par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie qui avait exclu toute cause centrale ou périphérique de ces symptômes qui s'étaient améliorés depuis l'arrêt de l'hormonothérapie, bien que la durée des effets secondaires résiduels demeurait incertaine. Mentionnant un pronostic incertain, la Dre S. \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle du recourant dans son activité habituelle mais à 50 % dans une activité adaptée, soit un emploi de bureau avec des pauses toutes les deux heures pour ses besoins urinaires.

Dans sa réponse du 15 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant des expertises mises en œuvre par ses soins dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations.

A l'appui de ses déterminations du 21 décembre 2023, l'OAI, maintenant sa position, a produit un avis du 18 décembre 2023 de la Dre F.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait et qui fait le point de situation final comme suit :

"Discussion :

Nous rappelons que l'assuré avait déposé une 1<sup>ère</sup> demande en 2017 avec conclusion d'une pleine CT [capacité de travail] dans une activité adaptée à ses différentes atteintes à la santé reconnues, à savoir : gonarthrose D>G, cardiopathie ischémique avec dysfonction ventriculaire G et BBG [bloc de branche gauche], obésité morbide ; que l'assuré avait pu mettre en valeur (reprise poste 100% en 06.2018).

2<sup>ème</sup> demande suite à la prise en charge d'un adénocarcinome prostatique (diagnostiqué en 05.2019) par radiothérapie à visée curative et hormonothérapie par Lucrin (06.2019-04.2022) mais une IT [incapacité de travail] depuis 02.2021 (dans un contexte d'importants conflits avec son associé). L'assuré est désormais en rémission. L'hormonothérapie a été responsable de divers effets secondaires (non incapacitants selon son urologue Dr O.\_\_\_\_\_), a en particulier aggravé l'obésité (jusqu'à +20 kg, mais perte de poids par la suite avec -10kg au moment de l'expertise, perte de poids qui se poursuivrait actuellement grâce au traitement d'Ozempic), avec mise en évidence comme nouveau diagnostic d'un SAS (CPAP instaurée fin 2021 + traitement antiasthmatique avec nette amélioration des fonctions pulmonaires selon son pneumologue Dr G.\_\_\_\_\_ le 04.01.2022 avec pleine CT sur ce plan, ce dernier préconisait la réalisation d'une activité physique régulière), et d'une dyspnée d'effort. Depuis l'arrêt de ce traitement en 04.2022 diminution des vertiges et bouffées de chaleur selon son urologue Dr O.\_\_\_\_\_ le 30.11.2022.

L'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ a confirmé ces divers diagnostics et argumenté leur caractère incapacitant ou non, il n'a pas nié les problèmes urinaires (pollakiurie probablement exagérée mais crédible, avec amélioration sous Tamsulosine), ni la fatigue (attribuable au SAS dont le traitement est exigible mais aussi par la nycturie et possible atteinte psychiatrique) qu'il a pondérée à ses constatations cliniques (pas de signes de fatigue objectivés) et par le fait qu'il n'y a pas de somnolence diurne, ni la dyspnée à l'effort (nous n'avons pas de raison de réfuter les distances et marches [d']escaliers réalisées au cabinet de l'expert), ni les effets secondaires du Lucrin (nous rappelons que ces effets s'estompent

après l'arrêt du traitement, comme l'a confirmé son urologue traitant).

L'expert ayant suspecté une atteinte psychiatrique, une expertise psychiatrique a été réalisée, qui réfute toute atteinte incapacitante.

Conclusion :

Nous rappelons que cette 2<sup>ème</sup> demande était en lien avec un cancer de la prostate traité de 05.2019 à 04.2022, désormais en rémission, avec une IT [incapacité de travail] qui ne débutait qu'en 02.2021. Les atteintes précédentes sont restées stables, le cancer est en rémission, il n'y a plus de traitement adjuvant, l'obésité est en diminution, la fonction respiratoire stable. Nous n'avons pas de raison de nous écarter des consta[ta]tions de l'expert Dr K. \_\_\_\_\_. Il n'est pas rapporté d'aggravation des atteintes reconnues ou de nouvelle atteinte à la santé."

**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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 28 juillet 2021.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup>

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la nouvelle demande datant du 28 juillet 2021, ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui sont applicables.

**4. 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).

**5.**                   **a)** 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, 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 l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (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).

**6.** 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).

**7. 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, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**8. a)** En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé de refus de prestations du 5 juin 2019. A l'époque, les informations au dossier mettaient en évidence une incapacité de travail totale dès le 23 janvier 2017 dans l'activité habituelle de responsable « maintenance de machines et entretien » et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (évitant le port de charges lourdes répété, favorisant les positions alternées et évitant les positions accroupies ou à genoux). La comparaison des revenus exigibles sans et avec invalidité mettait en évidence un degré d'invalidité de 6,27 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'octroi d'une mesure d'aide au placement avait permis au recourant d'être engagé comme employé

technico-commercial à 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018 par l'entreprise A. \_\_\_\_\_ Sàrl.

**b)** L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, mais l'a rejetée en se fondant sur les conclusions des rapports d'expertise de médecine interne et psychiatrique mis en œuvre par ses soins. Le recourant soutient que son état de santé s'est péjoré depuis sa précédente demande de prestations.

**c)** En l'occurrence, le rapport d'expertise et son complément du Dr K. \_\_\_\_\_ (médecine interne) et l'expertise psychiatrique de la Dre I. \_\_\_\_\_ satisfont à toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents (cf consid. 7b supra).

**aa)** L'expertise de médecine interne rendue le 9 septembre 2022 et complétée le 27 novembre 2022 par le Dr K. \_\_\_\_\_ est en effet le fruit d'une analyse approfondie des différentes pièces du dossier en ce qu'elle comporte une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes, une étude du dossier médical mis à la disposition de l'expert, et décrit le contexte déterminant par le biais d'un examen clinique fouillé. Reposant sur des investigations complètes, cette expertise renferme une appréciation minutieuse, cohérente et claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

Cet expert pose les diagnostics incapacitants de syndrome des apnées obstructives du sommeil, non traité, et d'un probable trouble de l'adaptation voire trouble anxio-dépressif de gravité moyenne, non traité. Les diagnostics non incapacitants retenus sont un diabète type II, une obésité, une hypertension artérielle traitée, une insuffisance cardiaque compensée, un status après traitement d'un adénocarcinome prostatique en rémission (avec séquelle sur la fonction érectile et sur une vessie irritable possible avec probable prostatite chronique à E. Coli), des troubles ostéoarticulaires chroniques lombaires et des hanches, des

vertiges en amélioration, une gastrite à *helicobacter pylori*, une insuffisance veineuse des membres inférieurs et des troubles de l'humeur induits par l'alcool.

L'expert met en avant une symptomatologie psychiatrique sous la forme d'une probable atteinte dépressive modérée (avec un score de 14 selon l'échelle de Beck) chez le recourant qui avait déjà été suivi par la psychologue et psychothérapeute C.\_\_\_\_\_ en 2017-2018 dans le contexte d'un licenciement et qui se décrivait au jour de l'expertise comme un chien mal traité (et non plus comme un taureau), broyait du noir depuis les difficultés professionnelles et se disait fatigué, replié avec une mauvaise estime de lui-même. N'étant pas psychiatre, l'expert de la médecine interne n'était pas en mesure d'évaluer la répercussion de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail de son sujet. Il a estimé que le cas n'était pas stabilisé et a indiqué que l'incapacité de travail se prolongerait aussi longtemps que l'assuré ne serait pas compliant dans son traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil par CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) et qu'il ne s'engagerait pas dans un traitement spécialisé sur le plan psychiatrique, à déterminer par un expert en la matière.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a dressé une anamnèse détaillée de la situation du recourant, quant à ses hobbies, ses vacances, ses relations interpersonnelles, la tenue de son ménage et la description de sa journée-type. Il a en outre pris le soin de discuter de tous les diagnostics différentiels ressortant du dossier en exposant de manière convaincante ceux qu'il retenait en indiquant les motifs avec clarté. Dans le complément d'expertise du 27 novembre 2022, l'expert a précisé qu'une capacité de travail entière implique le port par l'assuré de son CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) dès lors que la fatigue ne peut être amendée sans traitement et qu'un tel traitement ne représente pas de danger pour l'assuré. Les motifs évoqués par ce dernier pour justifier le non port du masque étaient en lien avec ses ennuis urinaires à la base de troubles du sommeil. Or ces troubles diagnostiqués lors de l'expertise (prostatite) et traités, ne devraient plus constituer un obstacle au traitement.

En résumé, l'expert retient que dans l'activité habituelle, en présence de l'assuré guéri pour les affections gastriques et urinaires diagnostiquées, si le syndrome des apnées du sommeil est traité avec succès, la capacité de travail sur le plan somatique est de 100 % dans toute activité, moyennant une polygraphie nocturne attestant sa correction, et ce en l'absence d'un trouble de l'humeur. Si une telle atteinte existe, il convient de soumettre le cas à un expert psychiatre. Une fois ses conclusions recueillies, l'opportunité de proposer un test d'effort pneumologique devrait être appréciée.

Dans ces conditions et contrairement à ce qu'allègue le recourant avec le concours de sa médecin traitante, l'expert de médecine interne mandaté par l'OAI a bien examiné le cas d'espèce en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé mises en évidence tant lors de ses propres constatations cliniques que par les observations et rapports consignés au dossier médical mis à sa disposition.

**bb)** Le volet psychiatrique du cas tel que suspecté par l'expert de médecine interne a été investigué par la Dre I. \_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport d'expertise le 24 février 2023 lequel remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Reposant sur une anamnèse, passant en revue les rapports médicaux antérieurs recueillis au dossier et prenant en considération les plaintes exprimées par le recourant, l'expertise est fondée sur un examen clinique soigneux basé sur deux entretiens distincts et des tests effectués *lege artis*. Les motifs médicaux qui ont conduit l'experte psychiatre à retenir certains diagnostics et à en écarter d'autres, puis à les considérer comme non incapacitants, sont également dûment exposés. Pour son évaluation de la capacité de travail, l'experte a examiné la cohérence des troubles sur la base de l'anamnèse, des plaintes subjectives, de la journée-type et de l'examen clinique effectué selon les critères de la mini CIF-APP. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

S'en tenant à son rôle, l'experte a distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et ses propres constatations

médicales pour évaluer la capacité de travail. Elle a retenu que le recourant ne présente pas de trouble dépressif ou anxieux caractérisé. En l'absence de trouble de la personnalité incapacitant, malgré la présence de traits de la personnalité mixtes, elle retient que l'intéressé a pu se former et travailler depuis sa venue en Suisse en 1986 dans divers domaines sans limitations malgré l'absence de tout traitement, psychiatrique, sans hospitalisation, élément qui exclut de retenir une décompensation éventuelle de la personnalité. De même, l'ancienne dépendance éthylique n'a pas d'effet incapacitant chez l'assuré qui est abstinent depuis au moins deux ans lors de l'expertise. L'experte psychiatre ne retient pas de trouble douloureux somatoforme ou des somatisations dès lors que les limitations fonctionnelles dans les activités lourdes physiquement et les vertiges présentés ont une base organique, selon l'anamnèse, à la suite des traitements pour combattre le cancer et qui ne nécessitent pas de traitement pharmacologique.

Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 24 février 2023 de la Dre I. \_\_\_\_\_, il convient encore de s'assurer que l'experte psychiatre a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. consid. 6 supra).

Les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis avril 2019 (F41.2) et de dépendance éthylique, actuellement abstinent depuis plus de deux ans (F10.20) ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et à la lumière des éléments constatés. Il a également été relevé des traits mixtes de la personnalité dépendante et anxieuse, actuellement non décompensés (Z73.1).

Afin de déterminer les capacités du recourant, l'experte psychiatre a procédé à l'analyse globale suivante :

**“7. ÉVALUATION MÉDICO-ASSURANTIELLE (pronostic et capacités)”**

### **7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Nous constatons une **évolution** globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis avril 2019 au présent, sans suivi psychiatrique, sans traitement psychotrope, alors que la personnalité n'est pas décompensée, sans impact sur le quotidien d'un point de vue psychiatrique.

Le **pronostic** de reprise professionnelle dépend de la motivation de l'assuré et d'une aide pour une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique et il n'y a pas d'exigibilité pour un traitement antidépresseur, même si ceci pourrait améliorer le pronostic, car la capacité de travail est déjà de 100% d'un point de vue psychiatrique.

#### **7.1.1 Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables.**

Nous suggérons un suivi psychiatrique ciblant ses avantages asséculo-logiques primaires et son lien au monde professionnel. Un traitement antidépresseur de type duloxétine permettra d'accélérer le processus de guérison, diminuer les douleurs, favoriser une insertion professionnelle, avec un bilan de compétences et une formation dans une activité adaptée d'un point de vue somatique si l'assuré serait motivé par une telle démarche, ce qui n'est pas le cas actuellement.

#### **7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés. Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité, des facteurs pesants et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'autoévaluation de l'assuré, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non.**

Nous avons évalué les **capacités, les ressources et les difficultés** tenant compte de l'anamnèse, des plaintes subjectives, de la journée type et de l'examen clinique suivant les critères selon MINI CIF 10 avec évaluation standardisée de la sévérité des limitations fonctionnelles.

Pour chacun des treize items mini ICF nous évaluons l'**intensité des troubles** suivant les cinq niveaux suivants :

<b>0</b> Aucun problème : - 4	0
<b>1</b> Problème léger : 24	5 -
<b>2</b> Problème moyen : 49	25 -
<b>3</b> Problème grave : 95	50 -
<b>4</b> Problème absolu : 100	96 -

<b>Items mini ICF (I-XIII) :</b>	<b>Niveau d'intensité du trouble (0-4) :</b>
I Adaptation aux règles et routines	<b>1</b>
II Planification et structuration des tâches	<b>1</b>
III Flexibilité et capacités d'adaptation	<b>1</b>
IV Usage des compétences spécifiques	<b>1</b>
V Capacité de jugement et de prise de décision	<b>1</b>
VI Capacité d'endurance	<b>2</b>
VII Aptitude à s'affirmer	<b>1</b>
VIII Aptitude à établir des relations [avec] les autres	<b>2</b>
IX Aptitude à évoluer au sein d'un groupe	<b>2</b>
X Aptitude à entretenir des relations proches	<b>0</b>
XI Aptitude à des activités spontanées	<b>1</b>
XII Hygiène et soins corporels	<b>0</b>
XIII Aptitude à se déplacer	<b>0</b>

Nous analysons **les indices de gravité des troubles** susmentionnés selon la jurisprudence 30.11.2017 et de 2019, pour les diagnostics susmentionnés :

### **i. Degré de gravité fonctionnelle**

Selon les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient des troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis avril 2019 au présent, dans le contexte de traits de la personnalité mixte dépendante et anxieuse et de dépendance éthylique actuellement abstinent depuis plus de deux ans. Nous n'objectivons pas des limitations psychiatriques significatives et l'assuré se plaint d'une tristesse et des angoisses fluctuantes mais pas présentes la plupart de la journée, avec des limitations essentiellement somatique (fatigue, vertiges, insomnies liées à un syndrome des apnées du sommeil, limitations dans les tâches lourdes physiquement), alors qu'il ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur, sans traitement psychiatrique, sans hospitalisation psychiatrique. Dans ce contexte d'absence de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type, cet indice important est absent d'un point de vue psychiatrique depuis avril 2019 au présent.

### **ii. Atteinte à la santé**

Cet indice de gravité est absent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives objectivables.

### **iii. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic**

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour les troubles susmentionnés depuis avril 2019 au présent.

### **iv. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard**

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis avril 2019 au présent, dans l'absence d'un traitement psychiatrique, sans hospitalisation psychiatrique, sans traitement antidépresseur. La motivation pour une réadaptation professionnelle est ambivalente selon l'anamnèse. Cet indice jurisprudentiel n'est pas rempli.

### **v. Comorbidités**

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui entraînent des limitations fonctionnelles non significatives psychiatriques et non objectivables, sans décompensation de la personnalité.

### **vi. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)**

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré présente des comportements durables et stables disharmonieux mais pas nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de retenir la présence de traits **mixtes de la personnalité dépendante et anxieuse**. Soulignons que ce trouble présent depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché l'assuré à se former, à gérer son quotidien sans limitation dans le passé, à travailler sans limitations et il n'a pas nécessité une hospitalisation psychiatrique, sans suivi psychiatrique, sans traitement psychotrope.

### **vii. Contexte social**

L'assuré présente un isolement social partiel, mais pas total.

### **viii. Cohérence**

Nous avons objectivé une bonne **cohérence** entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif, s'inscrivant dans un contexte de traits de la personnalité mixte avec des **bénéfices primaires et secondaire, mais sans exagération volontaire des plaintes**.

### **ix. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie**

Au moment de l'expertise l'assuré garde des capacités et ressources personnelles satisfaisantes d'un point de vue psychiatrique, sans aucune limitation fonctionnelle psychiatrique objectivable significative, alors qu'il serait limité dans les activités lourdes

physiquement. Nous ne retenons pas des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives et uniformes dans les domaines de la vie courante selon l'anamnèse, la journée[-]type et l'examen clinique.

**x. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation**

L'assuré présente une motivation nulle pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation nulle pour un traitement antidépresseur et nulle pour le suivi psychiatrique selon l'anamnèse.

**En conclusion**, les indices jurisprudentiels de gravité (jurisprudence novembre 2017 et 2019) ne sont pas remplis depuis avril 2019 au présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics susmentionnés."

La jurisprudence impose d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne concernée à l'aune des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels résultant d'une atteinte à la santé. L'usage des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permet de faire des constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

S'agissant du degré de gravité fonctionnel des troubles diagnostiqués, l'experte psychiatre n'a pas constaté de manifestations concrètes de ces atteintes à la santé sur les activités de l'assuré. Selon le descriptif détaillé et représentatif d'une journée-type, l'intéressé se lève vers 07h00, regarde les nouvelles sur son natel puis prend une douche et son petit-déjeuner. Il passe ensuite son temps sur l'ordinateur à faire des dessins en 3D. Vers midi, son épouse cuisine et il met la table. Après le café, l'assuré regarde la télévision ou va sur sa terrasse, puis il s'allonge sur le canapé mais s'endort rarement et ne fait pas toujours la sieste. Durant le reste de la journée, il passe parfois de bons moments en famille et participe aux courses. Vers 19h00, il met la table et regarde les nouvelles sur son téléphone (en général des émissions sur les voitures, la nature) ou il regarde un film. Il va se coucher entre 22h00 et minuit, en fonction de son niveau de fatigue.

Concernant le traitement ou la résistance au traitement, le recourant n'avait aucun traitement ou hospitalisation psychiatrique, ni

traitement antidépresseur, au jour de l'expertise. Sur recommandation de l'experte, il a repris un suivi depuis le 13 janvier 2023 auprès de la psychologue et psychothérapeute C.\_\_\_\_\_. L'examen de ce critère ne s'avère guère significatif dès lors que le traitement, inexistant lors de l'expertise, ne peut pas se comprendre comme une source de succès éventuel en termes de ressources disponibles.

Pour l'examen des ressources personnelles à disposition du recourant, malgré des comportements durables et stables disharmonieux de longue date, la lecture de son parcours personnel met en évidence des capacités de communication chez une personne qui vit avec son épouse dans un logement convenable. Il participe peu à la gestion des tâches quotidiennes, sa femme assumant la plupart du ménage, des courses, de l'administratif et des repas. L'assuré est toutefois en mesure de se déplacer seul en voiture pour faire les courses, de mettre la table et de gérer l'administratif léger comme le paiement des factures par Internet (il n'a pas de dettes, ni de poursuites et n'est pas sous curatelle).

Pour ce qui concerne le contexte social, l'experte a retenu que l'assuré conservait un réseau relationnel restreint, ayant surtout des contacts avec sa femme et leurs enfants, s'étant éloigné de son entourage amical après qu'il a reçu le diagnostic d'adénocarcinome de la prostate, mais avec un isolement social partiel et pas total. Il n'y a pas d'anhédonie chez un assuré qui part en vacances, passe des bons moments avec sa famille et qui a des activités quotidiennes plaisantes (dessin en 3D sur l'ordinateur, télévision, etc.).

S'agissant de la cohérence, l'experte a relevé une bonne cohérence entre l'examen clinique et la plupart des plaintes subjectives. Elle a noté que le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif s'inscrivait dans un contexte de traits de la personnalité mixtes avec des bénéfiques primaires et secondaires, mais sans laisser apparaître une exagération volontaire des plaintes.

Selon l'analyse de l'ensemble de ces critères, la capacité de travail de du recourant a été évaluée par l'experte psychiatre de façon conforme aux exigences de la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418).

**d)** Rien au dossier ne permet de retenir que le recourant ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs somatiques ou psychiques, d'exercer une activité adaptée à plein temps. Les rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure sont insuffisants à cet égard pour faire douter du bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise et son complément du DrK.\_\_\_\_\_. Ainsi, dans son rapport du 29 octobre 2023, la DrS.\_\_\_\_\_ ne mentionne aucun élément que cet expert n'aurait pas déjà pris en compte dans son rapport. Elle confirme la dyspnée de stade mMRC 3 déjà connue et reproche au DrK.\_\_\_\_\_ d'avoir constaté la possibilité pour l'assuré de marcher sur une distance de six cents mètres et monter onze marches d'escaliers. Or, l'expert s'est basé sur les dires de l'intéressé et cela sans qu'il importe en réalité de savoir si la distance parcourue au jour de l'expertise était de trois cents ou de cinq cents mètres. De l'avis de sa médecin généraliste, ce dernier présente une dyspnée d'effort multifactorielle sur cardiopathie ischémique (bien contrôlée), syndrome d'apnées obstructives du sommeil et syndrome obésité-hypoventilation, dépression modérée auxquels s'ajoutent une fatigue et des vertiges aspécifiques rattachés à l'hormonothérapie pour combattre le cancer. Or, selon le Dr G.\_\_\_\_\_, le suivi d'un traitement antiasthmatique avec nette amélioration des fonctions pulmonaires permettrait d'obtenir une pleine capacité de travail sur ce plan, avec pour suggestion la réalisation d'une activité physique régulière. Aussi, faute pour l'assuré de se résoudre à porter son masque CPAP, mettant en avant ses ennuis urinaires et les troubles du sommeil en résultant, la fatigue, partant la dyspnée d'effort, persistera, comme l'expert l'a relevé. On retiendra qu'un test d'effort pneumologique n'aurait de sens qu'après une perte de poids, du port du masque avec disparition des apnées obstructives du sommeil, étant rappelé que les troubles urinaires à la base des troubles du sommeil sont traités et qu'ils ne font pas obstacle au traitement du port du masque. En

présence de pathologies non traitées comme un syndrome des apnées du sommeil, il n'y a aucun motif justifiant d'envisager de retenir un diagnostic différentiel tel qu'un syndrome de fatigue chronique, un trouble thyroïdien, une anémie autrement que par un bilan de base sur le plan biologique qui exclue ces deux derniers diagnostics.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas minimisé les effets secondaires du traitement de Lucrin prescrit dans le cadre de l'adénocarcinome prostatique. En page 15 du rapport d'expertise du 9 septembre 2022, cette problématique a bien été prise en compte par l'expert de médecine interne dans le cadre de son analyse. En outre, selon l'urologue traitant (le Dr O. \_\_\_\_\_) si l'hormonothérapie a été responsable de divers effets secondaires, ses effets s'estompent cependant après l'arrêt du traitement en avril 2022.

Concernant l'effet de l'obésité dans le cas particulier, il convient de relever que si le traitement hormonal introduit en 2019 a eu pour effet une prise de poids jusqu'à vingt kilos, l'arrêt de ce traitement en avril 2022 a permis une perte de poids de dix kilos au moment de l'expertise, perte de poids qui se poursuit grâce à l'introduction au printemps 2023 d'un traitement d'Ozempic (cf. rapport du 8 mai 2023 de la Dre S. \_\_\_\_\_). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de poser un diagnostic incapacitant et des limitations fonctionnelles supplémentaires. Du reste, selon la jurisprudence, l'obésité ne peut être constitutive d'invalidité que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C\_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 ; TF 8C\_48/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.3). Or tel n'est pas le cas en l'occurrence puisque l'expert n'a pas retenu l'obésité parmi les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail du recourant.

S'agissant de l'atteinte cardiaque présentée par le recourant, le diagnostic non incapacitant d'insuffisance cardiaque compensée avec

NT-pro BNP normal posé par l'expert se recoupe avec celui de cardiopathie ischémique avec une FEVG (fraction d'éjection du ventricule gauche) fortement diminuée, status post-pose de pacemaker avec resynchronisation en 2015 retenu par la Dre S. \_\_\_\_\_ qui ne rediscute pas son absence de répercussion sur la capacité de travail de son patient dont l'« état cardiaque est bien contrôlé ».

Quant aux symptômes généraux rapportés par le recourant à sa médecin généraliste, notamment des bouffées de chaleur et accompagnées de vertiges/étourdissements lorsqu'il est à table et l'instauration progressive d'une fatigue liée au manque de sommeil la nuit découlant des problèmes urinaires sans récupération possible, l'urologue traitant a, dans son rapport du 30 novembre 2022, indiqué que depuis l'arrêt de l'hormonothérapie en avril 2022, les bouffées de chaleur et les vertiges avaient diminué et que son patient se relevait deux à trois fois la nuit pour uriner avec des besoins aux heures et heures et demie en journée. La médecin traitante a, dans son rapport du 29 octobre 2023, indiqué que la fatigue et les vertiges vraisemblablement liés à l'hormonothérapie avaient été investigués par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie qui avait exclu toute cause centrale ou périphérique de ces symptômes qui s'étaient améliorés depuis l'arrêt de l'hormonothérapie, bien que la durée des effets secondaires résiduels demeurait incertaine.

De son côté, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que la prise de Tamsulosine et de Toviaz avait bien aidé l'assuré sur le plan urinaire. Il a diagnostiqué un status après un adénocarcinome prostatique en rémission (PSA 0.10 µg/l) traité par hormonothérapie et radiothérapie curative sur le petit bassin avec séquelle sur la fonction érectile et sur une vessie irritable possible avec probable prostatite chronique à E. Coli. Il a précisé qu'un traitement de l'impuissance n'a pas été pris en charge par des spécialistes. L'assuré lui a déclaré qu'il avait peu ressenti les effets de l'infection. Malgré son scepticisme en raison d'une surestimation des épisodes de nycturie (l'assuré avait seulement eu deux besoins d'uriner au cours de quatre heures et demie d'expertise), l'expert est d'avis que la présence d'une bactérie E. Coli retrouvée dans l'urine lors des examens

complémentaires peut témoigner d'une prostatite chronique, laquelle est traitée par le Dr O.\_\_\_\_\_.

Enfin, les examens supplémentaires réalisés lors de l'expertise ont confirmé une gastrite à *helicobacter pylori* suggérée par l'anamnèse et le status, atteinte qui est cependant sans effet sur la capacité de travail du recourant. L'expert de médecine interne a suggéré un traitement antibiotique de cette affection précédé d'une endoscopie digestive haute pour biopsie gastrique et antibiogramme.

A l'aune des constatations de l'expert sur les diverses pathologies présentées par le recourant sur le plan physique, comme déjà dit, les traitements dans leur ensemble ont été adéquats car ils ont conduit à une rémission tumorale. Il convient de constater toutefois que les possibilités de traitements thérapeutiques qui n'étaient pas encore toutes exploitées au jour de l'expertise permettent d'attendre une amélioration du tableau clinique du recourant qui est apparu comme authentique aux yeux du Dr K.\_\_\_\_\_.

La Dre S.\_\_\_\_\_ est d'avis que son patient dispose désormais d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée de bureau avec des pauses toutes les deux heures pour ses besoins urinaires. La médecin traitante se borne à opposer un avis divergent, fondé sur les plaintes de son patient. Or les plaintes du recourant, subjectives, ne sauraient à elles seules fonder un constat objectif. Contrairement au Dr K.\_\_\_\_\_, la Dre S.\_\_\_\_\_ ne tient pas compte de l'ensemble des possibilités de traitements à disposition. Aussi, la médecin traitante n'objective pas son appréciation de la capacité de travail résiduelle de son patient.

Le recourant reproche à tort au SMR de s'être basé sur l'avis de son urologue traitant pour évaluer sa capacité de travail résiduelle en indiquant que l'utilisation de son système reproducteur n'est pas nécessaire pour l'exercice de la plupart des métiers et que les limitations fonctionnelles ont trait plutôt aux conséquences de l'adénocarcinome et

son traitement sur sa santé générale en relation aussi aux autres problèmes de santé qui ne concernent pas uniquement son système reproducteur.

Le recourant se fonde sur ses propres déductions et sur les certificats de son médecin traitant qui se réfèrent à des éléments déjà examinés de manière circonstanciée par les experts.

Dans son avis du 18 décembre 2023 versé à la présente procédure, le SMR a pris position sur les nouveaux éléments dont le rapport du 29 octobre 2023 de la Dre S.\_\_\_\_\_. Il a également rappelé le contexte du dépôt de la première demande de prestations en 2017 et que la seconde demande s'inscrivait dans le contexte de la prise en charge d'un adénocarcinome prostatique, avec une incapacité de travail débutée en février 2021, traité par radiothérapie et hormonothérapie (Lucrin) de mai 2019 à avril 2022, désormais en rémission, avec une obésité en diminution et la fonction respiratoire stable. Le SMR a noté la mise en évidence comme nouvelle atteinte d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil et d'une dyspnée d'effort, diagnostic qui n'est cependant pas durablement incapacitant avec un traitement bien conduit. Les atteintes précédentes étant restées stables, le SMR retient l'absence d'aggravation des atteintes reconnues ou de nouvelle atteinte à la santé depuis l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_. Cette analyse ne se limite donc pas à la prise en compte de l'avis de l'urologue traitant mais tient compte au contraire de l'ensemble des éléments médicaux ressortant du dossier médical du recourant. La critique de ce dernier n'est donc pas fondée.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucune aggravation incapacitante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation du recourant s'avère superposable à celle qui avait cours le 5 juin 2019. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**9. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 juillet 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap (pour R. \_\_\_\_\_),
- 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 :