

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 15 vom 7. Februar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__15

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 15 du 7 février 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 15 del 7 febbraio 2019

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.02.2019 Arrêt / 2019 / 15

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 253/18 - 32/2019 ZD18.036584 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 7

février 2019 _____ Composition : M. Métral , président Mmes Röthenbacher et Saïd, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : K. _____ , à [...], recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A.

K. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un permis F, est titulaire d'un BEP de topographe obtenu en [...]. Etabli en Suisse depuis 2002, il a notamment travaillé en tant que casseroier de décembre 2012 à décembre 2014 auprès de l'Hôtel [...] à [...]. L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 16 mars 2015 après la mise en évidence d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante, avec pose d'une prothèse vasculaire. L'incapacité de travail, attestée par le Professeur Z. _____, spécialiste en chirurgie cardiaque au Service de chirurgie cardio-vasculaire du [...] (ci-après: [...]), était totale du 15 mars au 20 mai 2015. Le 10 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou l'intimé), faisant état de ses problèmes cardiaques. L'intéressé a bénéficié d'un suivi à la Consultation de la [...] du [...] (ci-après: [...]), Consultation de médecine générale, par les Drs A. _____ et P. _____. Dans leur rapport du 29 septembre 2015, ces médecins ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante et probable état dépressif réactionnel post-opératoire, en cours d'investigation. L'assuré souffrait par ailleurs notamment d'une infection VIH [virus de l'immunodéficience humaine], diagnostiquée en mai 2002. Une réinsertion professionnelle progressive était envisageable à mi-temps dès le 19 août 2015, sous réserve d'une diminution maximale du port de charges, pour évaluer les restrictions. Dans leur rapport du 30 septembre 2015, les Drs E. _____, spécialiste en traitement interventionnel de la douleur et C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine psychosomatique et psychosociale, tous deux médecins auprès du Service d'anesthésiologie du [...], ont diagnostiqué des douleurs post-thoracotomie à la suite d'une

chirurgie pour anévrisme de l'aorte thoracique. Ces douleurs semblaient d'origine mixte (neuropathique et mécanique). En parallèle, l'assuré présentait un état dépressif, au décours d'une intervention lourde en conséquence et dans un contexte social difficile. Des séances de physiothérapie et de l'ergothérapie ont été prescrites, de même qu'un suivi psychologique. Dans un avis du 10 novembre 2015, le Dr T. _____, médecin au Service médical régional (ci-après : SMR) de l'assurance-invalidité, a relevé que l'assuré souffrait de douleurs thoraciques gauches probablement secondaires à la thoracotomie pratiquée en mars 2015. Selon lui, ce type de douleurs évoluait favorablement et devait permettre à l'assuré de retrouver une pleine capacité de travail en toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (position debout uniquement, marche prolongée, travail avec les membres supérieurs au-dessus de la tête, accroupissement et agenouillement répétés, se pencher, port de charges au-delà de 5 kg). Un port de charges supérieures à 5 kg et le travail avec les membres supérieurs seraient possibles une fois les douleurs disparues. Le 16 juin 2016, le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et H. _____, psychologue au Centre d'antalgie du [...], ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen-sévère. L'opération de mars 2015 avait engendré une interruption de l'activité professionnelle, et par la suite une altération de la vie sociale de l'assuré. Ce dernier présentait une humeur dépressive, une anxiété forte en lien avec l'existence du VIH et la crainte de l'émergence d'un nouveau problème de santé. Il existait par ailleurs une inquiétude avec un discours focalisé sur les incapacités liées aux limitations physiques prenant une position « victimale » et passive. L'intéressé exprimait également un sentiment d'incapacité à faire face à la situation sans les médicaments, avec des difficultés à supporter cette situation, raison pour laquelle il recourait à l'avis de plusieurs médecins pour lui expliquer ce qu'il pouvait ou ne pouvait faire. Un risque de dépendance aux médicaments était également présent. Un soutien psychologique à moyen et long terme semblait nécessaire, de même qu'une prise en charge de type occupationnelle. Une reprise progressive du travail était envisageable à partir de 30 %, l'assuré pouvant présenter des difficultés de concentration et d'attention. A la requête de l'OAI, le Professeur Z. _____ a confirmé que selon lui, l'intervention dont l'assuré avait bénéficié ne limitait pas sa capacité fonctionnelle et son travail, de sorte que celui-ci pouvait travailler à 100 %. Une activité adaptée n'était pas nécessaire, en l'absence de limitations fonctionnelles en lien avec l'opération vasculaire. Le 13 octobre 2016, les Desses I. _____, spécialiste en médecine interne générale et L. _____, médecin-assistante à la [...], ont indiqué que la capacité de travail dans toute activité était nulle depuis septembre 2016, en raison d'une recrudescence des douleurs. Selon ses dires, l'assuré ne pouvait pas tenir la station assise plus de 2h1/2, ni porter de charges supérieures à 10 kg. La mobilisation du bras gauche était douloureuse, l'abduction étant limitée à 120° et l'antépulsion à 110°. L'intéressé présentait encore des douleurs à chaque mouvement le limitant dans ses activités quotidiennes. D'autre part, les antalgiques quotidiens provoquaient une fatigue importante. Aux termes d'un rapport du 25 octobre 2016, le Dr J. _____, médecin au SMR, a retenu, comme atteinte principale à la santé, un status post cure chirurgicale d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante avec mise en place d'une prothèse, et comme pathologie associée, un état dépressif réactionnel post-opératoire en rémission. Se fondant sur les observations du Professeur Z. _____, le médecin-conseil a constaté une totale incapacité de travail du 16 mars au 20 mai 2015, une incapacité de travail de 50% dès le 19 août 2015, puis une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée dès le 1 er février 2016, en l'absence de limitations fonctionnelles. Par projet de décision du 26 octobre 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande, au motif qu'au terme du

délai de carence d'une année, fixé au 19 août 2016, il ne présentait aucun préjudice économique lui ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par courrier du 5 novembre 2016, en indiquant ne plus être en mesure de travailler depuis l'opération subie en mars 2015 compte tenu des fortes douleurs qu'il présentait au thorax et des médicaments qu'il prenait. Sa tentative de reprise du travail à mi-temps n'avait pas abouti en raison de son état de santé. Par décision du 14 décembre 2016, l'OAI a confirmé son refus de prester. Par acte du 4 janvier 2017, l'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le 13 octobre 2017, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 14 décembre 2016 (CASSO AI 2/17 – 279/2017). En substance et sur le plan médical, le tribunal a estimé que les douleurs éprouvées par l'intéressé au niveau des côtes et au thorax, ainsi que le trouble dépressif, pour autant que ces atteintes fussent objectivées, n'étaient pas de nature à justifier une incapacité de travail durable. L'OAI était dès lors fondé à suivre les conclusions du Dr J. _____, de même qu'à retenir une pleine capacité de travail de l'assuré au plus tard dès le 1^{er} février 2016, en regard des diverses périodes d'incapacités de travail attestées par les médecins traitants. B. Le 1^{er} mars 2018, K. _____ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Cette démarche était motivée par la persistance de douleurs intenses au thorax depuis l'opération pratiquée en mars 2015. Il a par la suite produit un rapport du 9 mars 2018 des Drs B. _____ et O. _____, de la Consultation de psychiatrie de liaison de la [...], faisant état d'une totale incapacité de travail en raison de douleurs thoraciques qui ont augmenté ensuite d'un bloc intercostal en avril 2017 qui n'étaient plus soulagées par le Tramadol®, de vertiges et de fatigues quotidiens depuis la majoration du traitement antalgique, avec des interactions possibles entre ce traitement et une trithérapie suivie pour traiter le VIH, ainsi que d'une péjoration de l'état dépressif depuis la fin de l'année 2017. Le 27 mars 2018, le SMR a pris position et estimé que la modification (péjoration) de l'état de santé n'était pas rendue plausible, en l'absence d'un rapport médical étayant une telle aggravation de manière suffisamment précise (attestation de douleurs thoraciques sans investigation supplémentaire en vue d'en déterminer l'origine, atteinte psychiatrique non réellement décrite par les médecins traitants et absence de description des constatations cliniques objectives attestant une péjoration sur le plan psychique). Le 28 mars 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. L'OAI a reçu un rapport du 4 mai 2018 des médecins de la Consultation de médecine générale de la [...] dont on extrait notamment ce qui suit : “ Diagnostics : 1. Thoracodynies d'origines post-opératoires : • Status post cure d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante le 16 mars 2015 sur probable aortite à IgG4 • Suivi actuel par la Dre C. _____, service d'antalgie du [...] • Suivi actuel par le Pr. Z. _____, chirurgie cardiaque, service de chirurgie cardiaque, département cœur et vaisseaux du [...] 2. Infection HIV stade CDC C3, diagnostiquée en mai 2002 • Suivi par Dr W. _____, service d'infectiologie, médecine 2 – [...] 3. Trouble anxio-dépressif évoluant depuis 2015 • Suivi ambulatoire par le service d'antalgie de janvier 2016 à octobre 2016 par Dr R. _____ et Mme H. _____ • Suivi transitoire par Dre N. _____, psychiatre à la [...] • Suivi actuel par Mme U. _____, psychologue installée, [...] Description de l'aggravation : 1. Depuis la dernière décision AI, nous constatons une péjoration des douleurs lors de la mobilisation et surtout au port de charges. A l'examen physique, le site opératoire reste très douloureux à la palpation superficielle. La mobilisation contre résistance des membres supérieurs induit une majoration difficilement tolérable des douleurs. Le patient évoque une limitation

fonctionnelle douloureuse non contrôlée par les traitements antalgiques introduits successivement depuis mars 2015. Nous ne constatons pas d'amélioration de son état après prise en charge extensive par nos collègues du service d'antalgie du [...] et après introduction de plusieurs molécules (Pallexia, Saroten, entres autres) et des procédures de blocs intercostaux. Le patient n'est toujours pas capable de reprendre une activité professionnelle. Le patient est actuellement sous de hautes doses de Fentanyl et Tramadol qui ne soulagent que partiellement sa symptomatologie et avec pour conséquence des effets indésirables importants (sensations vertigineuses, asthénie, etc.) et également incapacitantes. Selon l'avis de l'antalgiste, nous n'avons pas, à l'heure actuelle, de propositions d'autres traitements qui permettraient une reprise de travail. A noter une tentative de bloc en avril 2017 qui a entraîné une majoration des douleurs avec une rupture du traitement par le patient, due à un vécu douloureux important, une anxiété majeure et une inhibition psychique. Cette option thérapeutique est actuellement inenvisageable par le vécu anxieux et dépressif du patient qui pourrait éventuellement être réévaluée en cas d'amélioration sur le plan psychique. Dans son dernier courrier, le Prof. Z. _____ le 14.03.18 dit reconnaître que la douleur peut évoquer une irritation d'un nerf intercostal, que celle-ci semble plus importante qu'il y a 6 mois et qu'elle affecte désormais sa capacité de travail. Un PET-CT est proposé pour exclure toute étiologie inflammatoire ou infectieuse qui aurait pu passer inaperçue jusque-là. Nous sommes dans l'attente du résultat de cet examen. Pour rappel, le patient avait bénéficié d'une mesure de réinsertion d'un mois en été 2015 sans succès. Il a effectué des recherches d'emploi en novembre 2017 ayant débouché sur un travail à la poste, mais son responsable lui avait indiqué que son état de santé ne permettait pas d'effectuer ce travail de manière adéquate et il avait dû renoncer. En mars 2018, il a débuté une activité bénévole de cuisinier mais a dû stopper après 4 demi-journées car cette activité a conduit à une telle majoration de l'antalgie que les effets secondaires pouvaient clairement être délétères pour le patient. 2. Selon avis de la dernière consultation avec le Dr W. _____, la trithérapie majore les effets du fentanyl, limitant la marge thérapeutique de ce traitement. Il n'y a pas de modification de traitement prévue actuellement. 3. Actuellement le patient présente un état anxio-dépressif directement lié à ses problèmes de santé physique. Il n'est pas connu pour d'autres antécédents psychiatriques et la symptomatologie est apparue dans les suites de l'annonce du diagnostic d'anévrysme de l'aorte thoracique associé à un risque de mort élevé. Rappelons que les douleurs chroniques et la souffrance morale s'influencent et s'alimentent mutuellement. En effet l'exposition à des douleurs chroniques est reconnue pour avoir un impact significatif sur le moral et entrainer une pérennisation de la souffrance psychique. M. K. _____ présente ainsi un désespoir, une tristesse morale, une perte de motivation et de plaisir, associé à une anticipation anxieuse des crises douloureuses, une restriction des activités avec conduite d'évitement des stimuli douloureux, un sentiment d'exclusion, d'inutilité et d'impuissance. Ces symptômes sont apparus dans les suites opératoires et il décrit une aggravation progressive jusqu'à ce jour. Parallèlement on constate que cet état dépressif entraîne une augmentation de sa sensibilité à la douleur avec une diminution de la tolérance à l'exposition douloureuse. Ceci limite actuellement l'adhésion du patient à toute prise en charge invasive des douleurs qui entraîne une anxiété majeure avec conduite d'évitement. Par ailleurs les interactions médicamenteuses entre les traitements anti viraux et psychotropes limitent les possibilités thérapeutiques optimales, avec des effets secondaires importants. M. K. _____ a montré une forte motivation aux propositions de soins psychiatrique et psychothérapeutique, il a toujours été ponctuel et investi. Actuellement il

est recommandé de poursuivre le traitement psychothérapeutique et également de parvenir à introduire un traitement antidépresseur ou anxiolytique adapté et compatible avec les autres médicaments du patient. Incapacité de travail : • IT à 100% du 01.01.15 au 15.02.15 • IT à 100% du 16.02.15 au 01.03.15 • IT à 100% du 16.03.15 au 31.03.15 • IT à 100% du 01.08.15 au 31.08.15 • IT à 100% du 01.09.15 au 31.10.15 • IT à 100% du 01.11.15 au 25.12.15 • IT à 100% du 25.12.15 au 25.01.16 • IT à 50% du 01.05.16 au 31.08.16 • IT à 100% du 24.09.16 au 23.10.16 • IT à 90% du 24.10.16 au 24.11.16 • IT à 90% du 25.11.16 au 31.12.16 • IT à 90% du 01.01.17 au 31.01.17 • IT à 90% du 01.02.17 au 31.03.17 • IT à 90% du 01.04.17 au 30.04.17 • IT à 90% du 01.05.17 au 31.05.17 • IT à 100% du 01.06.17 au 30.06.17 • IT à 100% du 01.07.17 au 10.08.17 • IT à 100% du 11.08.17 au 12.09.17 • IT à 100% du 13.09.17 au 30.11.17 L'incapacité de travail depuis le 01.12.2017 reste de 100% jusqu'à ce jour, bien qu'aucun certificat médical n'ait été établi. Conclusion : Selon nous, la symptomatologie douloureuse prend son origine dans et suite à l'intervention chirurgicale effectuée en 2015. Malgré la poursuite, depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité, d'un suivi en chirurgie vasculaire et de plusieurs propositions du service d'antalgie, il a été constaté une péjoration de l'état physique et psychique de l'assuré justifiant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée. Les médecins de la PMU évoquaient une interaction aux plans somatique et psychique « pour créer un cercle vicieux duquel le patient ne parvient pas à sortir ». ” Le 20 juin 2018, le SMR a maintenu son point de vue relatif à l'absence d'aggravation plausible de l'état de santé. Par décision du 25 juin 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 1^{er} mars 2018. C. Par acte déposé le 24 août 2018, K. _____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. Annonçant la production d'un rapport rédigé par les médecins consultés, il soutient que, contrairement à l'avis du SMR suivi par l'OAI, son état de santé s'est péjoré depuis la précédente décision rejetant sa demande de prestations. Dans sa réponse du 27 septembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Le recourant n'a pas procédé plus avant. 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 estivales (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 refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} mars 2018 par le recourant. 3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait

pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a ; cf. TF 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 3). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; cf. TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 4. Le recourant fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé à tout le moins depuis l'été 2017, cela en raison des douleurs thoraciques qui se sont aggravées ainsi que d'un état dépressif péjoré depuis la fin de l'année 2017. Il en déduit être en incapacité de travail à 100 % depuis lors et pour une durée indéterminée. Ces éléments justifiant, à ses yeux, la reprise de l'instruction du dossier. 5. a) Sur le plan somatique, précisément cardiologique, au moment de la décision du 14 décembre 2016, le SMR (avis du 25 octobre 2016 du Dr J. _____) a retenu comme atteinte principale à la santé, un status post cure chirurgicale d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante avec mise en place d'une prothèse. Il a constaté une totale incapacité de travail du 16 mars au 20 mai 2015, une incapacité de travail de 50 % dès le 19 août 2015, puis une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2016, en l'absence de limitations fonctionnelles. Ce faisant, il a préféré l'avis du cardiologue traitant (le Professeur Z. _____), au motif principal qu'il s'agit d'un spécialiste, au contraire des

intervenants de la [...] au [...], qui sont des médecins-généralistes. Le SMR a relevé que le Professeur Z._____ avait fondé son appréciation sur un examen clinique et radiologique qui n'avait décelé aucune lésion justifiant les symptomatologies de thoracodynies rapportées par le recourant. A ces considérations, s'ajoutait que l'incapacité de travail attestée par les médecins de la [...] était justifiée principalement par les douleurs rapportées au niveau du thorax et du bras gauche. Les médecins consultés n'objectaient néanmoins pas ces douleurs, ni n'évoquaient leurs possibles origines. Dans ce contexte, la présence de douleurs non objectivées ne suffisait pas à justifier une incapacité de travail au long cours, ni à remettre en cause l'avis du cardiologue traitant, lequel avait fondé ses conclusions sur la base d'un examen clinique et de matériel radiologique. L'appréciation du Professeur Z._____ était probante et n'était sérieusement contestée par aucun autre médecin. Ce point de vue a été repris puis entériné par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 14 décembre 2016. Pour le surplus, le bien-fondé de cette décision a été confirmé par le tribunal cantonal qui a admis que l'OAI était fondé à suivre les conclusions du SMR, de même qu'à retenir une pleine capacité de travail au plus tard dès le 1^{er} février 2016, compte tenu des différentes périodes d'incapacités de travail attestées par les médecins traitants (CASSO AI 2/17 – 279/2017 du 13 octobre 2017, consid. 5). A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 9 mars 2018 de la Consultation de psychiatrie de liaison de la [...] qui fait état d'une totale incapacité de travail en raison notamment de douleurs thoraciques augmentées ensuite d'un bloc intercostal en avril 2017 qui ne sont plus soulagées par le Tramadol®, de vertiges et de fatigues quotidiens depuis la majoration du traitement antalgique, avec des interactions possibles entre ce traitement et une trithérapie suivie pour traiter le VIH. Les médecins de la Consultation de médecine générale de la [...] ont également établi un rapport du 4 mai 2018 à l'intention de l'OAI, dont se prévaut le recourant. Posant les diagnostics de thoracodynies d'origines post-opératoires et d'infection HIV stade CDC C3 déjà connus en 2016, ces médecins font part d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, malgré un suivi en chirurgie vasculaire et de plusieurs propositions du service d'antalgie, impliquant une « limitation fonctionnelle de 100% et ce pour une durée indéterminée ». Sur le plan strictement cardiologique, ils relèvent une péjoration des douleurs lors de la mobilisation et surtout au port de charges. Les médecins-généralistes de la [...] notent en particulier une tentative de bloc intercostal en avril 2017 ayant entraîné une majoration des douleurs avec une rupture du traitement par le patient. Ils exposent que le Professeur Z._____, dans un courrier du 14 mars 2018, envisage que ces douleurs découlent d'une irritation d'un nerf intercostal et qu'elles semblent plus importantes et affectent désormais la capacité de travail. Ces douleurs sont décrites par l'assuré comme étant non contrôlées par les traitements antalgiques introduits successivement depuis mars 2015. De son côté, le Dr W._____ estime que la trithérapie majore les effets du Fentanyl®, limitant la marge thérapeutique de ce traitement, et sans modification prévue actuellement. b) Sous l'angle psychique, lors de la décision du 14 décembre 2016, aucun des médecins consultés n'avait retenu une incapacité de travail durable. Le Dr R._____ et la psychologue H._____ avaient certes diagnostiqué un épisode dépressif moyen-sévère, consécutif à l'intervention chirurgicale du 16 mars 2015, tout en excluant un état de stress post-traumatique en lien avec cette opération. Pour ces spécialistes, une reprise progressive du travail était envisageable à partir de 30 % de taux d'activité, sans plus amples indications temporelles. Quant à la Dresse P._____, elle était d'avis que l'atteinte psychologique en raison des douleurs n'était pas suffisante pour exclure une reprise du travail. A cela, s'ajoutait qu'à l'époque, hormis six séances

d'évaluation dont il avait bénéficié au Centre d'antalgie du [...], l'assuré n'avait pas sollicité un soutien psychologique. Les éléments à disposition plaident en faveur d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, ce que l'intéressé ne contestait d'ailleurs pas. Le SMR était donc fondé à retenir, comme pathologie associée, un état dépressif réactionnel post-opératoire en rémission (avis du 25 octobre 2016 du Dr J. _____), point de vue repris par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 14 décembre 2016, décision, confirmée par le tribunal cantonal (CASSO AI 2/17 – 279/2017 du 13 octobre 2017, consid. 5). Dans leur rapport du 9 mars 2018, les médecins de la Consultation de psychiatrie de liaison de la [...] évoquent un état dépressif qui s'est péjoré à la fin de l'année 2017 « nécessitant une prise en charge rapide par [leur] collègue psychiatre, le Dre N. _____ ». Le 4 mai 2018, de leur côté, les médecins-généralistes de la [...], après avoir posé le diagnostic de trouble anxio-dépressif évoluant depuis 2015, confirment un suivi transitoire par la Dresse N. _____ puis actuel par Mme U. _____, psychologue à [...]. Indiquant que l'exposition à des douleurs chroniques et la souffrance morale s'influencent mutuellement, les médecins de la [...] constatent que le recourant présente ainsi un désespoir, une tristesse morale, une perte de motivation et de plaisir, associé à une anticipation anxieuse des crises douloureuses, une restriction des activités avec conduite d'évitement des stimuli douloureux, un sentiment d'exclusion, d'inutilité et d'impuissance. Ces symptômes sont apparus dans les suites opératoires, l'intéressé décrivant une aggravation progressive. Cet état dépressif entraîne parallèlement une augmentation de la sensibilité de celui-ci à la douleur avec une diminution de la tolérance à l'exposition douloureuse, circonstance qui limite son adhésion à toute prise en charge invasive des douleurs. Il est écrit par ailleurs que l'assuré a montré une forte motivation aux propositions de soins psychiatrique et psychothérapeutique et qu'il a toujours été ponctuel et investi. Dans ces circonstances, les généralistes consultés à la [...] préconisent de poursuivre le traitement psychothérapeutique moyennant l'introduction d'un antidépresseur ou d'un anxiolytique adapté et compatible avec les autres médications en cours. c) Avec sa nouvelle demande, le recourant a donc produit des rapports de ses médecins faisant mention d'éléments objectifs nouveaux. Ainsi, les médecins exposent-ils notamment que les troubles psychiques se sont péjorés ensuite de la persistance des douleurs, que le Professeur Z. _____ envisage que ces douleurs découlent d'une irritation d'un nerf intercostal et que celles-ci semblent plus importantes et affectent désormais la capacité de travail. Ils exposent également que l'augmentation des traitements antalgiques a des effets indésirables importants (sensations vertigineuses, asthénie). Les rapports des médecins consultés, sans suffire à établir une péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rendent suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause. A ce stade, il n'appartient pas au tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement d'ordonner à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande et d'instruire la cause. Toutefois compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé constatées, respectivement des interactions possibles entre leurs traitements, on observera qu'une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins un volet psychiatrique, paraît très recommandée. Un simple avis par un médecin non psychiatre du SMR n'est en tous les cas pas suffisant. 6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le

tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 25 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ K. _____, ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.