

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

B. _____, à Sainte-Croix, recourant,

et

A. _____, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), maçon de profession, ayant exercé les métiers de maçon et de charpentier, a déposé le 22 août 2001 une demande de prestation AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il y a indiqué être en incapacité totale de travailler depuis le 25 août 2000 pour une durée indéterminée. Il a perçu des indemnités journalières de la part de H._____, assureur perte de gain, du 27 septembre 2000 au 31 janvier 2002.

Dans un rapport d'expertise médicale du 10 juillet 2001, réalisée à la demande de H._____, le Dr A.M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a expliqué que l'assuré avait commencé à ressentir des douleurs dans le coude droit et accessoirement dans le poignet droit au début de l'année 2000. Devant la persistance de ces douleurs, l'assuré avait été opéré le 1^{er} mars 2001 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, qui avait procédé à une cure d'épicondylite droite et à une cure du tunnel carpien. Le Dr A.M._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies à prédominance droite sur uncodiscarthrose basse incipiens, d'irradiation périphérique sous la forme d'une épicondylite droite et d'un syndrome du canal carpien à la main droite. Les douleurs étaient aggravées par une surcharge physique attribuable à la profession de l'assuré. Selon le Dr A.M._____, la poursuite du métier de charpentier n'était plus compatible avec l'état de santé de l'assuré, la répétition de mouvements pénibles pour le bras droit (utilisation d'un marteau) ayant fini par rendre douloureuse une cervicarthrose qui était jusque-là muette cliniquement. Il conseillait à l'assuré un changement d'affectation dans l'entreprise, en entamant par exemple une formation de grutier ou de conducteur d'engins de chantier.

Dans un avis médical du 8 janvier 2003, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical

régional de l'AI (ci-après : SMR), proposait qu'on demande au Dr A.M._____ un complément d'expertise, étant donné qu'il ressortait du rapport du 10 juillet 2001 que l'atteinte cervicale objective était particulièrement mineure, et n'expliquait pas l'importance des plaintes. Il en allait de même pour les atteintes neurologiques au membre supérieur droit, vu l'avis très rassurant du Dr S._____, spécialiste en neurologie, sur l'évolution objective post-opératoire. Le Dr A.M._____ était prié de préciser l'évolution de la capacité de travail dans l'activité actuelle et la capacité de travail médicalement exigible dans une activité adaptée avec description des limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 29 avril 2003 adressé à l'OAI, le Dr A.M._____ a d'abord expliqué que l'assuré n'avait plus travaillé depuis le 4 juillet 2001. Celui-ci déclarait que les douleurs dans le membre supérieur droit avaient augmenté depuis l'opération de mars 2001. Selon le Dr A.M._____, il n'y avait toutefois pas d'élément anamnestique permettant de justifier l'exacerbation des douleurs. Il a posé les diagnostics de cervico-brachialgies à prédominance droite sur uncodiscarthrose basse incipiens, comme en 2001, d'épicondylite droite chronique non améliorée par un traitement chirurgical, et la persistance d'un syndrome du tunnel carpien à droite et à gauche, ainsi que de syndrome somatoforme douloureux chronique, avec probable surcharge psychogène. Ces atteintes avaient une répercussion sur la capacité de travail depuis le mois d'août 2000. La capacité de travail dans la profession de maçon était désormais nulle et le resterait. L'évolution vers un syndrome somatoforme douloureux chronique compromettait la réadaptation, même dans une activité moins pénible que celle de maçon ou charpentier. Dans un nouveau rapport complémentaire du 20 septembre 2003, le Dr A.M._____ a précisé que dans une activité adaptée (éviter le port de charges supérieures à 10 kg et surtout de soulever des charges au-delà de l'horizontale, alternance des positions assise et debout), la capacité de travail de l'assuré était complète, ceci sans tenir compte de problèmes psychiques ou d'une fibromyalgie.

Le 12 décembre 2003, un examen psychiatrique a été réalisé au SMR, par la Dresse U. _____ et le Dr F. _____. Les médecins ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique (F45.4), dans leur rapport du 12 janvier 2004. Ils ont noté ce qui suit au titre de l'appréciation du cas :

« (...)

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique, et dès lors nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique.

La plainte essentielle concerne une douleur persistante accompagnée d'un sentiment de détresse non expliqué par un processus physiologique ou un trouble physique, ce qui explique notre diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il y a également une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives qui sont modérées. Il y a aussi un facteur de chronicité, des bénéfices secondaires liés au status d'invalidé, puisqu'il donne au sujet un label de malade qui maintient l'estime de soi. En dépit d'une prise en charge somatique, entouré de plusieurs médecins qui ont prescrit plusieurs traitements, l'état de santé se chronifie, sans amélioration notable. A notre avis, il s'agit d'un modèle de comportement invalidant élaboré et maintenu sous l'influence de facteurs sociaux, les symptômes exerçant un contrôle sur l'environnement, les conditions de vie et l'équilibre psychique.

En l'absence de toute comorbidité psychiatrique, la capacité de travail exigible est entière.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : Somatisations

La démotivation de notre assuré, ses problèmes financiers, et les difficultés linguistiques, ne font pas partie du domaine médical.

A notre avis, l'assuré devrait bénéficier d'une évaluation par la REA ».

Alors que l'assuré se trouvait en stage d'observation professionnelle au centre [...] de [...] depuis le 8 novembre 2004, il a dû être hospitalisé le 23 novembre 2004, en raison d'un malaise qui s'est avéré être un infarctus aigu du myocarde postéro-inférieur. L'assuré a bénéficié d'une thrombolyse à l'Hôpital de [...] le 23 novembre 2003, puis d'une coronographie au Centre hospitalier [...], le 29 novembre 2003 (rapport médical du 15 décembre 2004 du Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant). L'assuré a ensuite suivi un programme de réadaptation cardio-vasculaire à la Clinique de [...] du 6 au 31 décembre 2004. Dans son rapport du 30 mars 2005 à l'OAI, le Dr

P._____ déclarait ce qui suit : « Bien que vous soyez toujours persuadé que M. B._____ peut travailler à 100% dans une activité adaptée, après l'échec patent du stage d'observation à [...], je suis persuadé que M. B._____ est totalement incapable de travailler dans une quelconque activité ».

Il ressort ce qui suit de l'avis médical du 23 mai 2005 du Dr F._____ :

« (...)

Le Dr P._____, dans son rapport médical du 20.03.2005, nous annonce une évolution cardio-vasculaire qui paraît favorable ; un prochain contrôle est prévu chez le Dr L._____, cardiologue, avec test d'effort en juin 2005. Fin janvier 2005, l'assuré aurait pris contact avec une psychiatre, la Dresse Z._____ au [...] [Centre de psychiatrie du Nord vaudois]. Pour le reste les plaintes douloureuses sont inchangées. Le Dr P._____ estime, qu'au vu de ce que l'assuré a démontré pendant les trois premières semaines de stage à [...], la capacité de travail est nulle.

Commentaires :

Indépendamment de la pathologie cardio-vasculaire, on ne peut tenir compte de la dernière appréciation du Dr P._____, pour deux raisons : il reste fixé sur une incapacité de travail totale en toute activité en raison de douleurs, qui ont été clairement investiguées tant au plan somatique que psychiatrique, avec une exigibilité à 100% dans une activité adaptée ; il s'appuie aussi sur les 3 semaines de stage, qu'il estime être un échec, ce qui ne transparaît pas aussi clairement dans le rapport de M. [...] ».

Dans un rapport médical du 7 juin 2005 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en cardiologie, a retenu que sur le plan strictement cardio-vasculaire, la capacité de travail médicalement exigible de l'assuré était complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire hors d'un métier de force. Il ne présentait pas de limitations fonctionnelles importantes.

Dans un rapport médical du 25 juillet 2005 à l'OAI, les Drs X._____ et Z._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante à l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...], ont posé les diagnostics ayant des répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), d'épicondylite droite et syndrome

canal carpien avec une intervention chirurgicale en 2001 et infarctus du myocarde en novembre 2004. Ils ont expliqué que l'assuré présentait une incapacité totale de travailler depuis 2001 et ce pour une durée indéterminée, en précisant ce qui suit :

« Vu ses limitations physiques et la baisse importante de ses défenses adaptatives au niveau psychique, nous estimons que le patient se trouve dans l'incapacité complète d'effectuer une quelconque activité professionnelle. En ce qui concerne ses limitations fonctionnelles, nous notons un état d'anxiété important manifesté par une irritabilité accrue qui provoquerait des difficultés relationnelles chez le patient ayant une tendance à s'énerver suite à la moindre remarque qu'il prendrait pour une agression contre lui. Il présente également une perturbation de la concentration et de la mémoire ».

Le 21 octobre 2005, l'assuré s'est soumis à un nouvel examen psychiatrique au SMR, réalisé par la Dresse U._____. Cette dernière a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte en rémission et un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'intensité légère, sans effet sur la capacité de travail.

Il ressort d'un rapport médical du 8 août 2006 des Dr [...] et [...], respectivement spécialiste en médecine interne générale, pneumologie et soins intensifs pour l'un et médecin assistant pour l'autre, que l'assuré avait séjourné du 4 au 8 août 2006 dans le service des soins intensifs de l'Hôpital de [...] pour une suspicion de syndrome coronarien aigu. Il ressort en outre ce qui suit du rapport médical :

« Monsieur B._____ présente donc des douleurs coronariennes typiques sans modification ECG et sans mouvement enzymatique. L'évolution est favorable durant l'hospitalisation sans nouvelles douleurs. L'échocardiographie de stress réalisée en février 2006 s'était révélée négative pour une lésion ischémique significative, au repos la FEVG était alors de 45-50% et on notait une akinésie postérieure et postéro-septale.

En raison de la maladie binoculaire sous-jacente, de l'âge du patient, de douleurs chroniques diffuses touchant également la région parasternale gauche et du contexte social difficile (stage d'observation pour une éventuelle réadaptation professionnelle prévu par l'AI), une coronographie nous paraît indiquée afin de confirmer ou d'infirmier une lésion coronarienne significative et de clore ainsi le sujet. Cette dernière sera effectuée en ambulatoire le 14.08.06 par le Dr [...], cardiologue (...).

Le 14 août 2006, un nouveau stent a été posé (rapport médical du Dr [...] du 14 août 2006).

Dans un avis médical SMR du 3 novembre 2006, le Dr F._____ a estimé que cet évènement ne modifiait en rien l'exigibilité de la capacité de travail de l'assuré telle qu'elle ressortait du rapport SMR du 12 janvier 2004.

Dans deux rapports à l'OAI des 16 octobre 2006 et 18 juin 2007, le Dr P._____ a maintenu son point de vue relatif à l'incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité. A son rapport du 18 juin 2007, il a joint un rapport du 23 février 2007 du Dr N._____, spécialiste en neurologie. Selon ce dernier, les paramètres neurographiques observés étaient rigoureusement physiologiques pour les troncs médian et cubital, que ce soit au poignet ou au coude, des deux côtés. Il n'y avait par ailleurs aucun élément clinique qui suggérait une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2007 à l'OAI, le Dr L._____ a résumé la situation comme suit :

- « 1. Monsieur B._____ a été revu en consultation de cardiologie en février 2006, avec toujours une plainte douloureuse punctiforme au niveau du muscle pectoral gauche. J'ai réalisé, le 14 février 2006, une échocardiographie de stress ergométrique, n'ayant pas révélé d'anomalie de la contraction myocardique en faveur d'une ischémie. La fraction d'éjection au repos était toujours discrètement abaissée de manière inhomogène à 45-50%.

Il était prévu que je revoie le patient en consultation 1 an plus tard. Il a été hospitalisé à l'hôpital [...] et transféré à la Clinique [...] le 14 août 2006 pour une coronarographie. Cet examen faisait suspecter une sténose de 50-70 % de la CX, sur une torsion du vaisseau («kinking»). La question était également posée d'un thrombus intracoronaire. La ventriculographie ne révélait pas de baisse significative de la fraction d'éjection. La douleur de l'épaule gauche persistait après cette dernière coronarographie, ayant été suivie d'une angioplastie simple.

Malheureusement, le patient fume toujours 2 à 3 cigarettes/jour.

Je l'ai revu en consultation le 24 mai 2007. Sa plainte essentielle était une fatigue marquée et une douleur rétrosternale localisée, apparaissant en milieu d'après-midi. La douleur à l'épaule gauche n'a, jusqu'à présent, jamais régressé et, pour ma part, n'est pas à mettre sur le compte d'une maladie coronarienne. Il est prévu que le patient bénéficie d'une scintigraphie myocardique en septembre 2007.

2. Sur le plan cardiologique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative. La fraction d'éjection ventriculaire gauche n'est pas abaissée de manière suffisamment importante pour entraîner des répercussions fonctionnelles.

Par ailleurs, le patient ne présente pas de douleurs thoraciques suspectes de maladie coronarienne ischémique.

3. Oui, un stage de réadaptation est réalisable, pour autant que le patient ne fasse pas d'efforts violents et de port de charges lourdes (au-delà de 10 kg).
4. Pour l'instant, il n'y a pas de raison pour que le patient ne puisse pas effectuer un stage dans les délais les plus brefs. Concernant le taux, il peut être, pour ma part, de 100 %. Je ne vois pas de raisons cardiologiques pour qu'il ne puisse réaliser d'activités en milieu protégé ».

Le 1^{er} octobre 2007, les Drs [...] et [...], médecins au Centre de psychiatrie [...], à [...], ont posé les diagnostics psychiatriques d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ces médecins ont précisé que l'assuré suivait un traitement psychiatrique intégré, avec des entretiens une fois toutes les trois semaines et un traitement médicamenteux antidépresseur, anxiolytique et hypnotique. Il était mal adapté aux changements de mode de vie imposés par son état de santé et se sentait dévalorisé par le fait qu'il ne pouvait plus exercer son métier. Son impatience et ses explosions de colère, résultantes de son état anxio-dépressif constituaient, d'une part, un mélange dangereux avec sa pathologie cardio-vasculaire et, d'autre part, rendaient ses relations interpersonnelles très difficiles, tant au niveau social que dans un éventuel milieu professionnel. Le pronostic restait donc défavorable à long terme, une reprise du travail n'étant pas envisageable en l'état.

Par projet de décision du 16 juin 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} août 2001 au 31 juillet 2003. L'OAI considérait que son état de santé s'était

amélioré dès le mois d'avril 2003 et qu'il présentait depuis lors un taux d'invalidité n'excédant pas 21% compte tenu de sa capacité résiduelle de travail. Il ressort notamment ce qui suit du projet de décision:

« **Résultat de nos constatations :**

Depuis le 28 août 2000 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 28 août 2001, vous avez présenté une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, et par conséquent une incapacité de gain totale. Le degré d'invalidité s'élevait alors à 100%.

Par la suite, votre état de santé s'est progressivement amélioré. A partir du 8 avril 2003, date de l'expertise orthopédique du Dr A.M. _____, bien que votre incapacité de travail était toujours totale dans votre activité de charpentier, vous avez retrouvé une pleine capacité de travail dans votre activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

D'après les renseignements médicaux en notre possession, vous souffrez d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Dans le cadre de l'examen psychiatrique effectué au Service médical régional le 12 décembre 2003, il a été constaté que vous ne présentez pas de comorbidité psychiatrique à votre trouble somatoforme douloureux. De plus, vous ne réunissez pas plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Votre trouble somatoforme douloureux ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI

Les pièces médicales au dossier recueillies depuis lors confirment les conclusions de l'expertise orthopédique et de l'examen psychiatrique.

Le 23 novembre 2004, vous avez souffert d'un infarctus du myocarde. Cette affection n'a pas justifié une incapacité de travail de plus de 2 mois et vous avez, par la suite, retrouvé, médicalement, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

(...)».

L'assuré a contesté ce projet par lettre du 25 juin 2008 et un nouveau rapport médical du 25 juillet 2008, établi par les Drs [...] et [...] médecins à l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...] a été versé au dossier. Ces médecins ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatoforme et d'anxiété généralisée en développement progressif depuis 2001 vraisemblablement. Ils ont attesté une incapacité de travail totale dans toute activité pour les motifs déjà évoqués dans le rapport du 1^{er} octobre 2007 des Drs [...] et [...].

L'OAI a confié au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 10 juillet 2009, celui-ci a posé le diagnostic de « facteurs psychologiques influençant une affection physique » et a nié qu'une telle atteinte entraîne une incapacité de travail. Il a précisé que sur la base des diagnostics somatiques établis, il existait un certain nombre de réactions psychiques qui prenaient tantôt plus tantôt moins d'importance. Il s'agissait de tendance dysphoriques, d'anxiété fluctuante et de réactions impulsives tout aussi fluctuantes. L'impact de ces réactions était toutefois insuffisant pour justifier des diagnostics à part.

Par décision du 17 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet du 16 juin 2008, allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} août 2001 au 31 juillet 2003.

Par mémoire du 20 octobre 2009 et mémoire complémentaire du 15 novembre suivant, l'assuré a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a demandé qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit réalisée et a conclu à la « révision de la décision de l'OAI qui, dès le 1^{er} août 2003 et jusqu'à ce jour, lui supprime toute rente ».

L'intimé a conclu au rejet du recours par acte du 11 janvier 2010, estimant que la situation au plan médical, au plan psychiatrique en particulier, était claire au vu de l'expertise du Dr W._____.

Le 29 avril 2010, le recourant a remis au tribunal un rapport du 16 mars 2010 du Dr L. _____. Celui-ci indiquait que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré depuis son dernier rapport, de juillet 2007, avec une asthénie et une dyspnée d'effort de plus en plus marquée. Depuis quelques semaines, et très régulièrement, l'assuré souffrait de douleurs thoraciques qui semblaient répondre à un traitement de nitroglycérine. Cela était suffisamment suspect pour justifier une nouvelle imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de stress sous adénosine. Une réadaptation professionnelle semblait difficile à envisager

chez un patient dont la situation socio-professionnelle influait négativement l'état cardiologique.

Par arrêt du 19 décembre 2011, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de B._____. Elle a nié son droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 juillet 2003, compte tenu de l'évolution de son état de santé jusqu'au moment de la décision litigieuse du 17 septembre 2009. En substance, la Cour a retenu qu'au plan somatique, les Drs A.M._____ et L._____ avaient établi de manière probante que l'assuré disposait encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit une activité qui ne soit pas exercée à l'extérieur et qui permette l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 10 kg ni, surtout, soulèvement de telles charges au-dessus de l'horizontale). Au plan psychique, la Cour a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail, en se fondant sur l'expertise réalisée par le Dr W._____ laquelle remplissait tous les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. S'agissant du rapport médical du Dr L._____ du 16 mars 2010, la Cour a retenu qu'il ne permettait pas d'établir que le recourant présentait au moment de la décision litigieuse, une incapacité de travail de 40% au moins depuis une année. Elle a précisé que selon les résultats de l'IRM de stress sous adénosine annoncée par le Dr L._____, le dépôt d'une nouvelle demande de prestations pourrait être justifié ; il ne lui appartenait toutefois pas de statuer sur ce point dans la procédure de recours, cette question sortant de l'objet du litige.

B. Le 8 mai 2012, B._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. A l'appui de sa demande, il a produit à nouveau le rapport médical du 16 mars 2010 du Dr L._____, ainsi qu'un courrier du 3 février 2010 signé par les Drs [...], [...] et Mme [...], assistante sociale, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...] qu'il avait adressé à la Cour de Céans dans la précédente procédure de recours ; selon ce courrier, il bénéficie d'un suivi ambulatoire dans cette unité depuis le 28 janvier 2005, en raison d'une

pathologie psychiatrique l'empêchant de s'intégrer dans un milieu professionnel. Il a également produit un certificat médical du Dr P. _____ du 5 février 2010, expliquant notamment que la maladie de son patient remontait à dix ans et déclarant : « rapidement j'ai pris conscience que nous n'arriverions pas à guérir le patient et qu'il ne pourrait pas retravailler ». Il a encore transmis à l'OAI un rapport médical du 18 mai 2012 de la Dresse ???, _____, spécialiste en chirurgie de la main, dont il ressort ce qui suit :

« L'évolution est fluctuante, M. B. _____ présente chroniquement un syndrome douloureux du membre supérieur gauche, avec acroparesthésies en territoire cubital et médian. Le traitement conservateur par anti-inflammatoires locaux et physiothérapie au long cours apporte quelques améliorations mais ne vient pas à bout de la symptomatologie présentée par le patient. J'ai demandé un nouveau bilan électromyographique qui a été effectué le 24 avril 2012 par la Dresse [...] à [...] qui se révèle normal si ce n'est une très discrète diminution de la vitesse de conduction sensitive du nerf médian nécessitant une éventuelle intervention chirurgie. Mme [...] exclut par ailleurs un autre syndrome acroparesthésiant en particulier au rond pronateur, TOS ou syndrome radiculaire.

Sur le plan thérapeutique, j'aimerais pouvoir procéder chez M. B. _____ à une infiltration locale de corticoïde dépôt au niveau du coude et éventuellement du tunnel carpien à gauche. Toutefois étant donné la prise de 2 antiagrégants plaquettaires (Aspirine cardio et Plavix), ce geste est pour l'instant impossible. M. B. _____ doit revoir le Dr L. _____ début juin et, s'il est possible de stopper le [...] durant une dizaine de jours, j'organiserai ultérieurement cette infiltration ».

Par courrier du 21 mai 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui appartenait, en vertu de l'art. 87 RAI, de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, faute de quoi sa nouvelle demande ne pourrait pas être examinée.

Dans un rapport médical du 8 juin 2012 à l'OAI, la Dresse J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin à l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...] a écrit ce qui suit :

« Par rapport à la situation décrite dans le rapport de 2008, l'état de santé de M. B. _____ s'est progressivement aggravé. Le patient présente toujours des angoisses importantes et invalidantes accompagnées d'une grande irritabilité. Le patient dit qu'il est facilement en conflit avec son entourage familial et qu'il présente une nette diminution de sa capacité de tolérance avec une répercussion

importante dans sa vie sociale et familiale. Le patient présente également des troubles de l'orientation, de la concentration et de la mémoire, qui provoquent des difficultés dans la gestion des activités de la vie quotidienne. L'humeur est triste et le patient présente des ruminations autour de ses difficultés de vie et de ses problèmes physiques (infarctus du myocarde). Il présente toujours des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes et précoces, malgré sa compliance à la médication. Tout changement dans sa vie, même minime, provoque un stress, une anxiété importantes et des symptômes neurovégétatifs (transpiration, tremblements, gorges serrées, hypersensibilité au bruit). Le patient présente également des douleurs permanentes aux membres supérieurs, en raison desquels il ne peut plus supporter la moindre activité et de ce fait se sent dévalorisé.

Compte tenu du tableau clinique, nous confirmons le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'anxiété généralisée et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Vu la diminution de son niveau de tolérance dans la gestion des situations stressantes et l'altération massive des interactions sociales, une incapacité de travail de 100% doit être reconsidérée. Le pronostic est défavorable ».

Par courrier du 25 juin 2008, l'assuré a rappelé à l'OAI « les causes et les maux qui l'obligeaient à faire cette demande », à savoir :

« Epicondylite au coude droit (opération mars 2001) ;
Syndrome du canal carpien de la main droite (opération mars 2001) ;
Infiltration au bras gauche (suspicion d'une nouvelle épicondylite, juin 2012) ;
Infarctus aigu du myocarde. Coronographie avec pose d'un stent (novembre 2004) ;
Crise cardiaque et pose d'un nouveau stent (août 2006) ;
Hyposomie (octobre 2006) avec occasionnellement perte de goût ;
Anxiété généralisée, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (depuis 2001) ».

Il a joint à son envoi un rapport radiologique du 6 juin 2012 de la Dresse G._____, spécialiste en radiologie, qui a procédé à une échographie abdominale inférieure - l'assuré se plaignant d'une douleur para-lombaire inférieure gauche, à la hauteur de la crête iliaque. Elle a conclu à la présence d'une néphropathie bilatérale encore modérée mais pouvant aller dans le contexte d'une glomérulopathie d'origine hypertensive. Elle a précisé ceci :

« Il n'y a toutefois pas d'asymétrie de la taille des reins, aucun signe de stase urinaire, mais quelques images hyperéchogènes dans le sinus notamment du rein gauche, pouvant être d'origine soit vasculaire ou éventuellement de fines concrétions. Flux urinaire normal au niveau de

la vessie par les deux méats urétéraux avec une vessie normale, se vidant bien et une prostate également de taille et d'échostructure normale pour l'âge.

Il semble cependant que les plaintes actuelles du patient pourraient avoir une origine lombaire. Le patient a-t-il eu des radiographies de la colonne ? ».

L'assuré a également transmis un certificat médical du 11 juin 2012 du Dr L. _____, dont il ressort ce qui suit :

« Monsieur B. _____ est un patient que je suis depuis début 2005. Il a été victime d'un infarctus en novembre 2004 sur une atteinte d'une coronaire gauche. Il a alors été réalisé une angioplastie avec pose d'un stent non actif. Malgré ce geste, il y a toujours eu une cicatrice dans le territoire inféro-postérieur. Il avait bénéficié d'une réadaptation à la[...] durant le mois de décembre 2004. En août 2006, il a été hospitalisé à l'hôpital [...] et transféré à la Clinique [...]. Une nouvelle lésion était visible à la coronarographie du 14 août 2006. Il a à nouveau été réalisé une angioplastie avec pose d'un stent actif sur la coronaire circonflexe.

Monsieur B. _____ présente toujours d'occasionnelles douleurs thoraciques pour lesquelles il prend 2 à 3 fois par mois des comprimés de nitroglycérine. (...)

Je lui ai fait effectuer une ergométrie le 7 juin, qui se révèle négative pour une récurrence de maladie coronarienne sténosante, mais pour un effort assez modeste à seulement 75 watts. Cette épreuve est toutefois superposable à celle de mai 2011. Il n'a pas présenté de douleurs thoraciques. Il présente toujours une dyspnée, en grande partie due à un tabagisme à 1 paquet tous les 3 jours.

Il bénéficiera en juillet prochain d'une infiltration corticoïde de l'articulation huméro-radiale pour un syndrome douloureux du membre supérieur gauche (Dresse ???). A cette occasion, il arrêtera le [...] et je lui ai proposé de ne plus le reprendre par la suite.

Pour ma part, je le reverrai dans un an pour un nouveau contrôle clinique et ergométrique ».

Par avis médical du 24 juillet 2012, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie, médecin au SMR, a estimé qu'au vu des pièces produites par l'assuré, il n'y avait pas de changement significatif ou durable de son état de santé, de sorte qu'il proposait de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

Par projet de décision du 27 juillet 2012, confirmé par décision du 18 septembre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'entrait pas en matière sur la demande de prestations, car il n'avait pas rendu

vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

C. Par acte du 9 octobre 2012, B._____ a formé recours contre la décision du 18 septembre 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut en substance à ce que l'OAI entre en matière sur la demande de prestations ainsi qu'à « voir à nouveau le médecin conseil, qu'il puisse juger de [son] état actuel ».

Dans sa réponse du 3 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que l'assuré n'avait produit aucun élément médical nouveau attestant une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision du 17 septembre 2009.

Le 8 janvier 2013, l'assuré a précisé que son état s'était aggravé depuis la décision du 17 septembre 2009, avec de nouveaux problèmes de santé qui n'existaient pas à cette époque. Il a expliqué souffrir de douleurs au bras gauche depuis le 16 septembre 2010 (identiques à celles du bras droit opéré en 2001) et qu'il n'était pas exclu qu'il doive subir une opération. Il souffrait également de douleurs persistantes de l'articulation de la jambe gauche ; comme il n'était pas exclu que ce problème soit d'origine lombaire, des radiographies de la colonne devraient être effectuées. Il a encore expliqué que ses reins présentaient plusieurs kystes qui pourraient devenir des tumeurs. Il a conclu à la mise en oeuvre d'une expertise « globale » et a proposé qu'un témoin soit entendu.

Par courrier du 14 février 2013, l'assuré a produit un rapport d'IRM de ses colonne lombaire et sacrum réalisée le 24 janvier 2013, dont les conclusions sont les suivantes :

« Pas de franc conflit radiculaire mis en évidence.
Petite hernie discale médiane paramédiane L4-L5 sans conflit radiculaire visible.
Protrusion discale circonférentielle en L5-S1 associée à un aspect rétréci des trous de conjugaison des deux côtés venant en discret contact avec les racines L5 en extra foraminale ddc.
Pas de pathologie au niveau du cône médullaire.

Pas d'anomalie de signal des articulations sacro-iliaques ».

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), s'appliquent à la loi sur l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte, ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI), sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le recourant conteste en substance le refus d'entrer en matière de l'OAI sur la nouvelle demande qu'il a présentée le 8 mai 2012, et requiert la mise en œuvre d'une expertise « globale ».

3. Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 2 RAI sont remplies.

En vertu de cette dernière disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 RAI 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2 ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 2 RAI. Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

4. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 17 septembre 2009 (entrée en force à la suite de l'arrêt de la Cour de céans du 19 décembre 2011) niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité pour la période courant dès le 31 juillet 2003 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 8 mai 2012. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de mai 2012, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à la rente. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

a) S'agissant de son état de santé au plan psychique, l'assuré a produit, dans le cadre de sa nouvelle demande devant l'OAI, un rapport médical du 8 juin 2012 de la Dresse J._____. Celle-ci retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, anxiété généralisée et trouble somatoforme douloureux ; elle explique qu'une incapacité de travail de 100% doit être reconsidérée, vu la diminution du niveau de tolérance du recourant dans la gestion des situations stressantes et l'altération massive des interactions sociales. Le tableau clinique sur lequel elle se fonde pour poser ce diagnostic (patient facilement en conflit

avec son entourage familial, diminution de sa capacité de tolérance avec répercussion dans sa vie sociale) ne diffère pas fondamentalement de celui décrit par le Dr W._____ dans l'expertise du 10 juillet 2009, excepté la présence de troubles de la concentration et des troubles du sommeil malgré sa compliance à la médication. Or, l'expert a retenu le diagnostic de facteurs psychologiques influençant une affection physique, sans effet sur la capacité de travail, dans son expertise dont la valeur probante a été confirmée par l'arrêt du 19 décembre 2011 de la Cour de Céans. Dans ces conditions, il n'apparaît pas plausible qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré soit d'une ampleur telle qu'elle soit susceptible de modifier son taux d'invalidité de manière déterminante pour ouvrir le droit à une rente.

b) Au plan physique, on constatera d'abord qu'il ne ressort pas des documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande que l'IRM de stress sous adénosine annoncée par le Dr L._____ dans son rapport du 16 mars 2010 aurait permis d'objectiver une nouvelle atteinte ou une péjoration des atteintes cardiologiques existantes. Une telle aggravation ne ressort en particulier pas du certificat médical du 11 juin 2012 de ce même médecin, lequel relève que l'ergométrie du 7 juin 2012 s'est révélée négative pour une récurrence de maladie coronarienne sténosante. Quant au rapport médical du 18 mai 2012 de la Dresse ???_____, il ne contient aucun diagnostic qui permettrait d'établir que l'intensité des douleurs à son bras gauche et leur étiologie aurait été objectivée. En ce qui concerne la néphropathie bilatérale révélée par l'échographie abdominale du 6 juin 2012, il ne ressort pas du rapport de la Dresse G._____ - ou d'une autre pièce produite par l'assuré - que cette atteinte entraîne une incapacité de travail ; à supposer que cela soit le cas, rien n'indique dans les pièces produites par l'assuré qu'une telle incapacité de travail aurait duré une année au moins et qu'elle pourrait par conséquent fonder un éventuel droit aux prestations au moment du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

c) Le rapport d'IRM du 25 janvier 2013 produit par le recourant pendant la procédure de recours (IRM de ses colonne lombaire et sacrum

réalisée le 24 janvier 2013, mettant en évidence une petite hernie discale paramédiane L4-L5 sans conflit radiculaire visible, ainsi qu'une protrusion discale circonférentielle en L5-S1 associée à un aspect rétréci des trous de conjugaison des deux côtés) est irrecevable. En effet, dans la présente procédure, le tribunal des assurances ne se prononce que sur le point de savoir si l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré compte tenu des pièces médicales dont il disposait en procédure administrative (cf. surpa consid. 3 in fine). Or, cette IRM a été réalisée postérieurement à la décision de l'OAI de sorte que la Cour de Céans n'a pas à la prendre en considération (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Au demeurant, on relèvera que même s'il y avait lieu de prendre en considération l'IRM du 25 janvier 2013, cela ne conduirait pas à l'admission du recours. En effet, à supposer que les atteintes lombaires soient de nature à entraîner une incapacité de travail durable dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant (soit une activité physiquement légère, voir à cet égard l'arrêt du 19 décembre 2011 de la Cour des assurances sociales, consid. 4c/aa), le document produit par le recourant ne permet pas de considérer qu'une telle incapacité de travail aurait duré une année au moins sans interruption notable au moment de la décision litigieuse.

d) Quant à la requête du recourant demandant à voir le « médecin conseil » pour juger de son état actuel et à celle tendant à la mise en œuvre d'une expertise « globale », elles sont également irrecevables. En effet, dès lors que le recourant n'a pas rendu plausible devant l'OAI une péjoration de son invalidité, il n'y a pas lieu de reprendre l'instruction de la cause. Pour la même raison, il n'y a pas lieu d'entendre le témoin proposé par le recourant.

5. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal des assurances est

soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Les frais sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 francs et mis à la charge du recourant.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :