

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Küng, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate
au sein d'Inclusion Handicap à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 43 LPGA ; 88a et 88^{bis} RAI

E n f a i t :

A. **a)** S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 23 juillet 2012 en raison d'une maladie auto-immune des reins et de diabète. Au bénéficiaire d'un baccalauréat, l'assuré a interrompu ses études universitaires après un an. Il a travaillé comme représentant auprès de l'entreprise N._____AG du 1^{er} janvier 2007 au 31 mai 2012 à 100% et a présenté une incapacité de travail dès le 12 septembre 2011, essentiellement pour des raisons psychiques.

Dans un rapport médical du 27 août 2012, le Dr G._____, chef de clinique adjoint du Service de néphrologie du Centre hospitalier T._____ (ci-après : le Centre hospitalier T._____) a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de glomérulonéphrite à lésions minimales, de diabète insulino-requérant, d'hypertension artérielle, de crises de goutte et de trouble de la personnalité non précisé. Ce médecin a indiqué que les restrictions par rapport à l'activité exercée étaient plutôt d'ordre psychique et qu'elles se manifestaient par un manque de concentration.

La Dresse I._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné, dans un rapport d'octobre 2012, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un épisode hypomane sur prise de Prednisone, un trouble de la personnalité « sans précision », une insuffisance rénale progressive sur glomérulonéphrite à répétition ainsi qu'un syndrome métabolique avec diabète, hypertension, dyslipidémie et stéatose hépatique non alcoolique (NASH).

Dans un rapport du 9 octobre 2012, la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale, en endocrinologie et en diabétologie, a mentionné les diagnostics d'état dépressif, de syndrome néphrotique sur glomérulonéphrite à lésions minimales, de diabète de type 2 insulino-requérant, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et

d'un problème de goutte. Cette spécialiste a en outre mentionné une incapacité de travail à 100% attestée par la psychiatre.

Le rapport du 1^{er} novembre 2012 de la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier T._____, fait état des diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique depuis janvier 2012 et trouble mixte de la personnalité avec traits paranoïaque, présent de longue date.

Dans un avis médical du 29 novembre 2012, le Dr W._____, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a relevé que l'incapacité provenait essentiellement du problème psychique, écartant ainsi la problématique somatique, et précisant que la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique restait à définir. Il a évoqué les limitations fonctionnelles psychiques suivantes : irritabilité anhédonie, troubles relationnels, capacité de concentration, d'adaptation, de compréhension et de résistance limitée et a préconisé des mesures de réinsertion afin de cerner la capacité de travail exigible de l'assuré, dans l'attente d'un rapport intermédiaire à trois mois de la Dresse H._____.

Par communication du 18 février 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de l'Unité [...]. Cette mesure, initialement prévue du 18 février au 17 mai 2013, a été prolongée à plusieurs reprises, soit jusqu'au 31 janvier 2014. Il ressort d'une note de suivi du 25 juillet 2013 que le taux de présence à 50% de l'assuré avait pu être consolidé et que la fatigue était moindre.

Dans un avis médical du 29 juillet 2013, le Dr Z._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique SMR psychiatrique ou d'une expertise psychiatrique afin de déterminer si les atteintes psychiques de l'assuré avaient une influence sur sa capacité de travail.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 16 décembre 2013, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, ni aucun autres troubles spécifiques de la personnalité. Il a en outre relevé ce qui suit :

« Appréciation du cas et pronostic

[...]

Comme cela a déjà été décrit par le psychiatre traitant de l'assuré, celui-ci présente une personnalité à traits paranoïaques narcissiques, avec notamment un caractère soupçonneux, une tendance à surévaluer sa propre importance, se manifestant par des attitudes de perpétuelles références à soi-même et une sensibilité excessive. Il est également souvent tendu et irritable.

Ces traits de la personnalité, l'assuré les présente vraisemblablement depuis l'adolescence et cela ne l'a pas empêché de travailler.

[...]

Du point de vue psychiatrique, cet assuré est donc capable de travailler à 100% dans une activité qui devrait peut-être tenir compte des limitations en fonction de sa personnalité, notamment l'irritabilité et la tension de l'assuré. »

Le pronostic reste favorable. »

Selon une communication du 23 janvier 2014, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une mesure de reclassement sous forme d'une observation/formation dans la section bureau-commerce au sein de l' [...] de [...] à 100% du 3 février au 25 avril 2014. Celui-ci a présenté une incapacité de travail dès le 19 février 2014 en raison d'une rechute de sa maladie néphrologique.

En date du 3 avril 2014, le Dr V._____, chef de clinique du Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier T._____, a répondu en ces termes à un questionnaire qui lui a été soumis par l'OAI :

« **1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis le rapport de la Dresse H._____ du 16 mai 2013 ?**

- o Persistance des troubles de la concentration, perte d'espoir, gestion des émotions difficile dans le cadre d'une

nouvelle rechute de sa maladie néphrologique de base (glomérulonéphrite actuellement décompensée).

2. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis quand ?

- o Actuellement la capacité est très limitée en raison, aussi, de la nouvelle décompensation de sa maladie néphrologique qui aggrave de manière significative son état psychique.
- o Capacité de travail exigible actuellement : maximum 10%.
- o Depuis début janvier 2014.

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

- o Fatigue et fatigabilité accrue, troubles de la concentration, perte d'espoir et anhédonie, labilité émotionnelle très importante actuellement.

4. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

- o Poursuite du suivi psychiatrique (minimum 1x/15 jours)
- o Excellente compliance »

Dans un avis du 9 avril 2014, le Dr Z. _____ du SMR a, en se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 16 décembre 2013, considéré que l'assuré était apte à travailler à 100% et ceci non seulement au moment où l'expertise avait été réalisée mais également au cours des douze mois la précédant. Il a ainsi préconisé de demander un rapport médical au Dr V. _____ exclusivement centré sur l'atteinte rénale de l'assuré.

En réponse à un questionnaire qui lui a été adressé par l'OAI, le Dr G. _____ a indiqué ce suit :

«1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre rapport du 27 août 2012 ?

Récidive de glomérulonéphrite à lésions minimales en février 2014, nécessitant une biopsie du rein le 11 mars 2014 et un traitement par stéroïdes et endoxan entre mars-juin 2014. La prednisone est servé (sic) progressivement et sera arrêté (sic) en oct.-nov. 2014.

2. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis quand ?

Pendant cette récurrence, la capacité de travail était [de] 0%, vu les oedèmes/symptômes accompagnant sa maladie, ainsi que le traitement instauré.

La maladie est sous contrôle et le traitement médicamenteux allégé depuis début juin 2014 dès le 21 juin 2014, M. S. _____ aura au niveau somatique une capacité de travail à 50%.

Reste à voir avec son généraliste et psychiatre l'aspect psychologique/mentale (sic).

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

- fatigue
- oedèmes
- hypertension artérielle
- diabète difficilement réglable

[...]

5. Autres remarques

Situation mentale à évaluer par [la] Dresse I. _____, généraliste et son psychiatre ».

Dans un rapport du 18 juillet 2014, la Dresse F. _____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé une glomérulonéphrite à lésions minimales, récidivante avec syndrome néphrotique, sous corticothérapie.

S'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail de l'assuré, ce médecin a indiqué qu'elle était de 100% du 6 septembre 2011 au 30 novembre 2012, de 0% dès le 1^{er} décembre 2012, de 100% de février 2014 au 20 juin 2014 et de 50% dès le 21 juin 2014. Quant à la capacité de travail exigible, celle-ci était de 50% dans une activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Enfin, les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité, du diabète difficile à équilibrer et un trouble de la concentration.

Par communication du 29 août 2014, l'OAI a informé l'intéressé du fait qu'il avait droit à une mesure de placement, soit à une orientation professionnelle et à un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par projet de décision de l'OAI du 2 septembre 2014, confirmé par décision du 9 octobre 2014, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 28 février 2013 et du 1^{er} février 2014 au 30 septembre 2014 puis d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2014.

Le 28 novembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il fermait son dossier dans le cadre de l'aide au placement, dans la mesure où celui-

ci faisait valoir une dégradation de son état de santé et estimait ne pas pouvoir envisager la reprise d'une activité professionnelle, même adaptée. Un certificat médical établi le 25 novembre 2014 par la Dresse H. _____ attestait d'une incapacité totale de travail du 1^{er} au 30 novembre 2014.

Par décision du 16 janvier 2015, le Service de l'emploi (ci-après : le SDE) a déclaré que l'assuré était inapte au placement à compter du 10 novembre 2014, date de son inscription auprès de l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP).

b) Le 18 mars 2015, l'assuré a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité, faisant valoir une aggravation de son état de santé. Il s'appuie également sur la décision de l'ORP d'inaptitude au placement et relève que toutes ses tentatives de recherches d'emploi se sont soldées par des échecs.

A l'appui de sa demande, l'assuré a produit un rapport d'évaluation psychiatrique du 27 avril 2015 de la Dresse H. _____ et du Dr J. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin adjoint du Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier T. _____. Ce rapport fait notamment état des constatations suivantes :

« **Diagnostic :**

Sur le plan du diagnostic psychiatrique, Monsieur S. _____ présente un grave trouble de la personnalité avec des traits paranoïaques narcissiques. Ce trouble de personnalité a généré dans l'histoire professionnelle de Monsieur S. _____ des difficultés relationnelles massives et a mené à une instabilité et des changements de postes assez fréquents. A ce trouble de personnalité, se rajoutent les difficultés liées à la gestion des maladies somatiques multiples (néphrologique, cardiologique, rhumatologique, diabétologique et pneumologique) chez un patient qui a toujours extrêmement peur de présenter une rechute de sa glomérulonéphrite. En effet, le patient se sent de manière permanente irritable et tendu et présente des difficultés relationnelles au quotidien.

Outre les troubles relationnels massifs sur le plan personnel et professionnel précités, ce trouble de la personnalité engendre chez le patient une tendance à constamment surévaluer ses compétences professionnelles et des plus grandes difficultés à gérer les diverses maladies somatiques précitées.

Actuellement, les symptômes au premier plan sont une irritabilité, une intolérance à la frustration et une irascibilité marquée, symptomatologie que nous mettons en évidence durant les entretiens. Le patient relate également des troubles du sommeil, des troubles de la concentration et de la mémoire et des difficultés d'endurance majeure dans les différentes tâches du quotidien à accomplir, par exemple dans la gestion des tâches administratives domestiques.

Description de l'aggravation de l'état de santé :

Il est clair que M. S. _____ présente une aggravation sur le plan psychiatrique depuis le début du suivi en 2010, mais cette aggravation s'est nettement accentuée depuis le courant de l'année 2014 en lien avec la nouvelle péjoration de son état somatique suite à la rechute de sa maladie néphrologique. En effet, il présente depuis lors une anxiété chronique beaucoup plus marquée, craignant constamment de se péjorer à nouveau sur le plan somatique, symptomatologie compatible avec un nouveau diagnostic d'anxiété généralisée.

Degré d'incapacité de travail :

Au vu de ce qui précède et dans le contexte où M. S. _____ [a] été évalué inapte au placement par l'ORP, il nous semble très clair que la symptomatologie psychiatrique présentée par le patient est de nature à fortement entraver sa capacité de travail et qu'il ne présente donc en aucun cas une capacité de travail à 100%, comme l'a décrété le Dr P. _____.

Pronostic :

Au vu du grave trouble de la personnalité, de l'anxiété généralisée nouvelle et de l'aggravation de l'état psychiatrique de M. S. _____ comme expliqué ci-dessus, le pronostic nous semble malheureusement sombre et une reprise professionnelle n'est donc pas envisageable. »

Dans un questionnaire du 30 juin 2015 pour la révision du droit à la rente, le Dr G. _____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était « grosso modo défavorable », celui-ci souffrant d'insuffisance rénale chronique, de diabète de type 2 insulino-requérant, d'hypertension artérielle, d'un syndrome d'apnée du sommeil, d'obésité et ayant connu plusieurs épisodes de glomérulonéphrite à lésions minimales. En rapport avec les indications subjectives de la personne assurée, ce médecin a indiqué que son patient ressentait une fatigue chronique, une dyspnée d'effort lié à un déconditionnement physique, précisant que du côté psychiatrique, « les choses allaient moins bien ». S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr G. _____ a retenu un taux de 50% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée si l'on considérait uniquement le

plan somatique et un taux nul dans les deux types d'activités en intégrant son état psychiatrique. Il a mentionné comme limitations fonctionnelles « peu de force dans les jambes, de la peine à se lever (manque de force) d'une chaise, obésité (IMC 36 kg/m²) », tout en précisant qu'il était peu optimiste pour l'avenir et qu'il s'attendait à ce que la situation se péjore.

Répondant à un questionnaire similaire, la Dresse I._____ a indiqué, le 1^{er} juillet 2015, que dans l'hypothèse d'une tentative d'augmenter le temps de présence de l'assuré, les problèmes somatiques seraient gérables mais que le status psychiatrique était fragile avec un haut risque de décompensation sur le mode anxieux. Elle a également indiqué que l'état psychique de l'assuré était fluctuant et très sensible aux facteurs extérieurs de stress. Comme diagnostics, ce médecin a retenu un trouble anxieux et trouble de la personnalité, une insuffisance rénale chronique avec épisodes répétés de glomérulonéphrites et divers syndromes métaboliques, tels qu'une obésité, un diabète, une hypertension artérielle, des lipides et une stéatose hépatique non alcoolique (NASH). Elle a estimé que la capacité de travail exigible dans une activité habituelle était nulle, précisant que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée devait être évaluée mais que le pronostic était mauvais. Elle a mentionné, comme limitation fonctionnelle, de la difficulté à se concentrer, dès lors que « les idées [partaient] dans tous les sens ». Elle a enfin indiqué que le pronostic était mauvais en cas d'exposition au stress, tel qu'un changement de situation (par exemple la réadaptation), et s'il devait y avoir un nouveau problème de santé.

Le même questionnaire a également été soumis au Dr D._____, spécialiste en pneumologie et médecin au sein du Centre [...] du Centre hospitalier T._____. Celui-ci a indiqué, en date du 17 juillet 2015, que l'assuré souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil sévère, précisant que les limitations fonctionnelles pouvaient consister en de la somnolence résiduelle mais qu'un test de maintien de l'éveil était nécessaire pour évaluer objectivement l'impact de celle-ci. Comme pronostic, il a précisé qu'avec l'amélioration de l'utilisation du support

ventilatoire (CPAP), l'on pouvait espérer une amélioration de la somnolence diurne.

Amenée également à répondre au questionnaire qui lui a été soumis par l'OAI, la Dresse N._____ a précisé, en date du 20 juillet 2015, que l'assuré alternait entre une fonction rénale normale et des rechutes et que le diabète était fluctuant en fonction de la corticothérapie, si bien que son état psychique était altéré en fonction de ces deux problèmes somatiques. Comme diagnostics, ce médecin a retenu un état dépressif et des troubles de la personnalité, un syndrome néphrotique, un diabète de type 2 insulino-requérant, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie ainsi qu'un problème de goutte. Elle a également précisé que les limitations fonctionnelles étaient surtout d'ordre psychologique, tout en se référant au rapport du médecin psychiatre.

Par avis médical du 15 février 2016, la Dresse F._____ du SMR a préconisé d'interroger les Dr G._____ et la Dresse H._____ pour obtenir des précisions sur le plan néphrologique d'une part, dans la mesure où l'assuré n'était plus sous corticothérapie, et psychiatrique d'autre part, dès lors que les médecins concernés retenaient un nouveau diagnostic d'anxiété généralisée ayant des répercussions à long terme sur la capacité de travail.

Le 4 mars 2016, le Dr G._____ a indiqué que son patient avait arrêté la corticothérapie depuis février 2015 et l'Endoxan en juin 2014. Il a également mentionné que celui-ci n'avait plus présenté de syndrome néphrotique depuis juillet 2014 et que la protéinurie était contrôlée. Ce médecin a encore indiqué qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan rénal qui empêchaient l'assuré d'exercer une activité adaptée mais que le risque de rechute du syndrome néphrotique était bien réel.

Le 27 avril 2016, la Dresse H._____ a apporté des précisions quant à l'état de santé de l'assuré sur le plan psychiatrique. Elle a en particulier indiqué que son état était stationnaire, dès lors qu'il présentait

toujours des difficultés relationnelles massives liées à son trouble de la personnalité avec traits paranoïaques et narcissiques de même qu'une irritabilité permanente au quotidien et qu'il se montrait également toujours très anxieux et très préoccupé par une gêne thoracique et par des difficultés respiratoires à la marche. La Dresse H. _____ a encore mentionné que l'assuré présentait toujours une intolérance à la frustration, ainsi que des difficultés d'endurance et des troubles de la concentration. A la question de savoir quels éléments cliniques objectifs selon la CIM-10 permettaient de retenir comme atteinte incapacitante de longue durée une anxiété généralisée, la Dresse H. _____ a répondu que l'assuré présentait une anxiété chronique et flottante, notamment avec la peur de mourir, celui-ci s'attendant très souvent à ce que sa santé se péjore sur le plan somatique, voire à décéder. Dans ces moments d'anxiété, il se sentait souvent « à bout » et présentait des difficultés d'endurance et des troubles de la concentration. La Dresse précitée a encore écrit que la fréquence des consultations était actuellement d'une fois par mois et qu'il n'y avait pas de médication psychotropes en cours car son patient craignait par-dessus tout de ne pas la supporter, avec l'angoisse que cette médication péjore son état de santé sur le plan somatique. Pour ce qui est du pronostic, la Dresse H. _____ a mentionné ce qui suit :

« Le pronostic est malheureusement sombre, à savoir que nous ne constatons pas d'amélioration depuis quelques années et que nous observons même une péjoration de son état psychiatrique, dans le sens où le patient présente une rigidification de son fonctionnement. »

Enfin, à la question de savoir pour quelles raisons l'assuré ne pouvait pas travailler, même à taux partiel, dans une activité adaptée, la spécialiste a répondu que l'assuré ne pouvait pas travailler même à taux partiel essentiellement pour des raisons psychiatriques, lesquelles étaient liées principalement à son trouble de la personnalité qui engendrait des difficultés relationnelles massives, difficilement compatibles avec une activité professionnelle. Elle a encore précisé que l'assuré ne supportait aucune autorité, qu'il se sentait très vite persécuté par le monde extérieur et pouvait devenir extrêmement agressif et insultant lorsqu'il se sentait

menacé et que l'anxiété généralisée provoquait des troubles de la concentration, une irritabilité et une fatigabilité également importantes.

Dans un avis du 30 mai 2016, la Dresse F. _____ du SMR a relevé que, sur le plan purement psychiatrique, le trouble de la personnalité avec des traits paranoïaques et narcissiques avait été pris en considération par l'expert P. _____ dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2013 lequel n'avait pas retenu de maladie incapacitante à ce titre. La Dresse F. _____ a également mis en évidence le fait que l'assuré n'allait en consultation qu'une fois par mois, l'absence de toute médication, l'absence de séjour en milieu psychiatrique depuis l'expertise de 2013 ainsi que l'absence de précision quant à la fréquence des crises d'angoisse et à leur intensité. Elle a ainsi considéré que la Dresse H. _____ n'avait pas apporté de nouveaux éléments cliniques objectifs sur le plan psychiatrique par rapport à l'expertise de 2013 pour justifier un changement ou une aggravation de l'état de santé de l'assuré et que, par conséquent, il n'y avait pas lieu de retenir une atteinte incapacitante de longue durée sur le plan psychiatrique. La Dresse F. _____ a conclu son avis en ces termes :

« **LF** : activité plutôt sédentaire et sans efforts, sans port de charges, sans rendement soutenu, horaires réguliers (diabète), à éviter le froid ; trouble de la concentration, difficultés relationnelles.

CTAA/AH à 50% dès le 21.06.2014

CTAA à 100% dès février 2015 (date de l'arrêt de la corticothérapie) ».

Le 24 juin 2016, le Dr X. _____, spécialiste en cardiologie, a écrit à l'OAI en ces termes :

« Je vous remercie de m'avoir adressé votre questionnaire concernant la révision du droit à la rente concernant Monsieur S. _____. Il m'est difficile de répondre précisément aux questions énumérées. Je suis Monsieur S. _____ depuis plusieurs années à ma consultation dans le cadre du dépistage cardiovasculaire dans le cadre d'un syndrome métabolique complet. Dernièrement, un bilan cardiologique a mis en évidence une maladie coronarienne importante avec présence d'une subocclusion de l'IVA [artère coronaire] proximale et d'une sténose significative sur l'IVA moyenne et le patient a dû bénéficier de l'implantation de 2 stents

actifs. Il doit bénéficier d'un traitement cardiologique important comprenant actuellement une double antiagrégation (Aspirine cardio et Brilique). »

Dans son rapport final du 6 juillet 2016, le Service de réadaptation de l'OAI a indiqué ce qui suit :

« Dans le cadre de la révision de rente que (sic) nous occupe, nous avons examiné de manière approfondie la situation de notre assuré. Nous arrivons à la conclusion que la jurisprudence de l'article 16 LPGA concernant les assurés proches de l'âge AVS est applicable dans sa situation. Dans ce sens, nous pouvons considérer que l'assuré n'a plus la possibilité d'être engagé dans l'économie, sa capacité de travail résiduelle ne peut pas être mise en valeur du fait de sa longue période d'inactivité et de ses limitations fonctionnelles nombreuses et variées. Du point de vue de la réadaptation, il nous semble plausible qu'aucun employeur n'acceptera une personne âgée de 62 ans, sans activité depuis 5 ans, et qui sera à la retraite dans 2 ans, en sus des difficultés d'adaptation qu'il rencontrera très probablement et du montant des contributions patronales.

Par ailleurs, aucune mesure simple et adaptée n'est susceptible de diminuer le préjudice économique et augmenter la capacité de gain de notre assuré.

Vu ce qui précède, nous mettons un terme à notre intervention et vous laissons le soin d'examiner le droit à des prestations financières de notre assuré sous (sic) la base des renseignements ci-dessus. »

Dans un avis du 23 janvier 2017, la Dresse F. _____ du SMR a retenu que le médecin psychiatre n'apportait pas d'éléments nouveaux attestant d'une décompensation éventuelle de la personnalité pour justifier une aggravation et/ou un changement de l'état de santé psychiatrique depuis l'expertise de 2013 mais qu'il procédait à une appréciation différente de la même situation. Elle a également relevé que, sur le plan purement somatique, l'atteinte rénale était « silencieuse » au moins depuis février 2015 (arrêt de la corticothérapie), que la maladie coronarienne était stabilisée dans le cadre d'un syndrome métabolique et qu'aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue par le Dr X. _____ dans son rapport du 24 juin 2016. La Dresse F. _____ a enfin conclu que sur le plan purement médical, un complément d'expertise psychiatrique pouvait raisonnablement être demandé au Dr P. _____ afin d'éclaircir la situation sur ce plan, tout en précisant que cette décision devait être

pondérée non seulement en fonction de la situation médicale globale de l'intéressé dont le risque d'une rechute ou décompensation, tant sur le plan psychiatrique que somatique, était réel à l'âge de 62 ans mais aussi en tenant compte des multiples difficultés et empêchements d'assumer dans de bonnes conditions une activité adaptée sur le marché économique actuel.

Dans une note d'entretien du 17 février 2017, le service juridique de l'OAI a indiqué qu'il convenait de ne pas demander de complément d'expertise psychiatrique et de faire un projet de refus d'augmentation de rente, l'aggravation de l'état de santé n'ayant pas été rendue plausible.

Par projet de décision du 17 février 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il rejetait sa demande d'augmentation de rente, considérant qu'il n'y avait pas d'éléments permettant de prendre en compte une aggravation objective de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique. Il a mentionné que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que mise sous plis, emballage ou assemblage d'éléments électroniques. Procédant au calcul du degré d'invalidité, l'OAI est parvenu à un degré de 36%, soit inférieur au 40% ouvrant le droit à une rente. Cet office a toutefois considéré qu'aucune mesure de réadaptation n'était susceptible de diminuer le préjudice économique de l'assuré et d'augmenter sa capacité de gain, que celui-ci n'avait plus la possibilité d'être engagé dans l'économie et que, partant, sa capacité de travail résiduelle ne pouvait pas être mise en valeur du fait de sa longue période d'inactivité, de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Il a donc retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, donnant droit à une demi-rente d'invalidité telle que versée jusqu'à présent.

En date du 13 mars 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision précité, en faisant valoir que l'OAI n'avait tenu compte ni de l'avis du service de réadaptation, lequel avait estimé que la jurisprudence relative à l'âge avancé d'un assuré était

applicable au cas présent, ni de celui de la Dresse F._____ du SMR qui avait suggéré de demander un complément d'expertise psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré sous cet angle n'étant pas claire.

Dans un avis du 13 avril 2017, la Dresse F._____ du SMR a considéré que les données médicales jusqu'au 30 mai 2016, en particulier les rapports médicaux des 27 avril 2015 et 27 avril 2016 n'apportaient pas d'éléments objectifs nouveaux pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan purement psychiatrique.

Par décision du 11 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, confirmant ainsi son projet de décision du 17 février 2017. Etait joint à cette décision un courrier, daté du même jour, par lequel l'OAI répondait à la contestation du 13 mars 2017 de l'assuré. Il y précisait qu'aucun complément d'instruction n'était nécessaire sur le plan psychiatrique, dès lors que tous les rapports médicaux constituaient une simple appréciation différente d'un état de fait qui était demeuré pour l'essentiel inchangé depuis sa première décision et que la jurisprudence relative aux assurés d'âge avancé avait été appliquée dans la mesure où il n'avait pas été exigé de l'assuré qu'il mette en valeur l'augmentation de 50% (passage de 50% à 100%) de sa capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de février 2015.

B. Par acte du 14 juin 2017, l'assuré recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : la CASSO), en concluant à l'annulation de la décision de l'OAI du 11 mai 2017, une rente entière lui étant accordée à compter du 1^{er} mars 2015, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complète et nouvelle décision. Il soutient, s'agissant de la capacité de travail, que l'aggravation de son état de santé depuis novembre 2014 a été rendue vraisemblable sur la base des divers rapports médicaux des médecins qui le suivent et que, par conséquent, l'impact de cette aggravation sur sa capacité de travail mérite d'être investiguée plus avant. Quant à la capacité de gain, le recourant relève qu'elle est nulle, en se fondant sur l'avis du service de réadaptation de l'OAI qui a indiqué qu'il n'avait aucune chance de réintégrer le marché du travail compte tenu de son âge, de ses

nombreuses limitations fonctionnelles et de sa longue période d'inactivité. Il estime ainsi avoir droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} mars 2015, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé.

Par réponse du 8 septembre 2017, l'intimé propose le rejet du recours. Il relève, en se fondant sur l'avis du SMR du 30 mai 2016, que les rapports médicaux des 27 avril 2015 et 27 avril 2016 n'apportent aucun nouvel élément clinique objectif pour justifier un changement ou une aggravation de l'état de santé du recourant depuis les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr P. _____ du 16 décembre 2013. Il constate également, en lien avec la jurisprudence relative aux assurés d'âge avancé, qu'il n'a pas été exigé de l'assuré qu'il mette en valeur l'augmentation de 50% de sa capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de février 2015. Il rappelle également que la jurisprudence précitée s'applique exclusivement aux cas dans lesquels un changement d'activité est exigé. Or dès lors qu'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle a été retenue en l'espèce, l'âge de l'assuré ne saurait exercer d'influence sur l'exigibilité de la reprise de l'activité habituelle.

Par réplique du 20 septembre 2017, le recourant maintient les conclusions de son recours, tout en constatant que l'intimé élude la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant à compter du mois de novembre 2014.

Par duplique du 9 octobre 2017, l'OAI confirme ses conclusions, estimant que les arguments développés par le recourant ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

E n d r o i t :

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif justifiant le réexamen du droit à la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065, p. 833).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

c) En l'espèce, par décision du 18 novembre 2014, l'OAI a accordé au recourant une rente d'invalidité entière du 1^{er} janvier au 28 février 2013 ainsi que du 1^{er} février 2014 au 30 septembre 2014 puis une demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2014. Le 18 mars 2015, le recourant a déposé une demande de révision de son droit à la rente, invoquant une aggravation de son état de santé. Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'état de santé de celui-ci s'est aggravé depuis la décision rendue par l'OAI le 18 novembre 2014 dans une mesure susceptible de réduire sa capacité résiduelle de travail et de modifier ainsi le taux d'invalidité de 50% reconnu par l'intimé. Est donc déterminante la période débutant à partir de la précédente décision au fond rendue par l'intimé le 18 novembre 2014.

3. a) En vertu de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA prévoit qu'est réputée incapacité de travail 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

lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité ; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

4. a) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner

objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b/aa) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

bb) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il

résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

cc) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le recourant a fait état, en mars 2015, d'une aggravation de son état de santé depuis novembre 2014 et a produit à cet égard un rapport médical de la Dresse H. _____ et du Dr J. _____, psychiatres, daté du 27 avril 2015. Il y est mentionné que l'assuré présente une aggravation sur le plan psychiatrique depuis le début du suivi en 2010, mais que cette aggravation s'est nettement accentuée depuis le courant de l'année 2014 en lien avec la nouvelle péjoration de son état somatique suite à la rechute de sa maladie néphrologique. Les médecins précisent que, depuis lors, l'assuré présente une anxiété chronique beaucoup plus marquée, craignant constamment de « se préjurer » à nouveau sur le plan somatique et que cette symptomatologie est compatible avec un nouveau diagnostic d'anxiété généralisée. Ils en concluent que cette symptomatologie psychiatrique est de nature à fortement entraver la capacité de travail de l'assuré, sans toutefois avancer un taux d'invalidité, tout en mentionnant qu'une reprise professionnelle n'était pas envisageable. Dans un rapport du 30 juin 2015,

le Dr G._____ a précisé que du côté psychiatrique, « les choses allaient moins bien ». Il a retenu une capacité de travail de 50% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée si l'on tenait compte uniquement de l'aspect somatique et nulle dans une activité adaptée si l'on intégrait l'aspect psychiatrique. La Dresse I._____ a évoqué, dans son rapport du 1^{er} juillet 2015, un état psychique fluctuant très sensible aux facteurs extérieurs de stress. Elle a retenu une capacité de travail nulle dans une activité habituelle, tout en précisant que la capacité de travail dans une activité adaptée restait devoir être évaluée mais ajoutant que le pronostic était mauvais, notamment dans les cas d'exposition au stress. Quant à la Dresse N._____, elle a précisé que les limitations fonctionnelles du recourant était surtout d'ordre psychologique. En date du 27 avril 2016, la Dresse H._____ a apporté des précisions concernant le plan psychiatrique. Elle a en particulier indiqué que le recourant présentait une anxiété chronique et flottante, notamment avec la peur de mourir et que dans ces moments d'anxiété, le recourant se sentait souvent « à bout » et présentait des difficultés d'endurance et des troubles de la concentration. Elle a encore précisé que le pronostic était sombre, en ce sens qu'il n'avait pas d'amélioration depuis quelques années et que l'on observait même une péjoration de son état psychiatrique, dès lors que celui-ci présentait une rigidification de son fonctionnement. Au final, il convenait de retenir que l'assuré ne pouvait travailler même à taux partiel essentiellement pour des raisons psychiatriques, liées principalement à son trouble de la personnalité qui engendrait des difficultés relationnelles massives, difficilement compatibles avec une activité professionnelle. A la suite de ces divers rapports, la Dresse F._____ du SMR avait mentionné, dans un avis du 30 mai 2016, que le trouble de la personnalité avec des traits paranoïaques et narcissiques avait été pris en considération par le Dr P._____, dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2013 et qu'il n'y avait pas lieu de retenir une atteinte incapacitante de longue durée sur le plan psychiatrique. Le SMR ne s'était en revanche pas prononcé quant au nouveau diagnostic d'anxiété généralisée posé par la psychiatre H._____ la première fois dans son rapport du 27 avril 2015. Dans un avis du 23 janvier 2017, la Dresse F._____ du SMR, tout en indiquant que le

médecin psychiatre n'avait pas apporté d'éléments nouveaux attestant d'une aggravation de l'état de santé psychiatrique du recourant, a conclu que, sur le plan purement médical, un complément d'expertise psychiatrique pouvait raisonnablement être demandé au Dr P._____ afin d'éclaircir la situation à cet égard. Le SMR n'a pas été suivi par le service juridique de l'OAI, sans pour autant qu'une explication ne soit fournie si ce n'est que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait, selon ce service, pas été rendue plausible. Le 13 avril 2017, la Dresse F._____ du SMR est revenue sur son avis, en considérant que les données médicales, en particulier les rapports médicaux des 27 avril 2015 et 27 avril 2016 n'apportaient pas d'éléments objectifs nouveaux pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan purement psychiatrique.

En l'occurrence, force est de constater que le diagnostic d'anxiété généralisée, retenu par la Dresse H._____ et le Dr J._____ dans leur rapport du 27 avril 2015, est postérieur à l'expertise réalisée par le Dr P._____, lequel avait uniquement tenu compte d'un trouble de la personnalité avec des traits paranoïaques et narcissiques. La décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 9 octobre 2014, qui se fonde sur le rapport d'expertise du Dr P._____ de 2013, ne tient donc pas compte de ce nouveau diagnostic posé en 2015. Par ailleurs, tous les médecins consultés, en particulier les Dr G._____, I._____ et N._____, s'accordent à dire que l'état de santé psychiatrique du recourant s'est dégradé, ce qui a des répercussions sur sa capacité de travail. Si la Dresse H._____ soutient qu'une reprise professionnelle n'est pas envisageable et si le Dr G._____ retient une capacité de travail nulle dans une activité adaptée, la Dresse I._____ mentionne que cette capacité reste devoir être évaluée sur le plan psychiatrique. Quant à la Dresse N._____, elle n'a pas non plus précisé dans quelle mesure les limitations fonctionnelles d'ordre psychologique du recourant limitaient sa capacité de travail.

Le SMR, quant à lui, a, comme le relève le recourant, émis des avis contradictoires, niant dans un premier temps l'aggravation de l'état de santé de celui-ci (cf. avis du 30 mai 2016), puis estimant qu'un

complément d'expertise pouvait « raisonnablement être demandé » au Dr P._____ pour éclaircir la situation sur le plan psychiatrique (cf. avis du 23 janvier 2017) avant de nier à nouveau toute aggravation (cf. avis du 13 avril 2017).

Il apparaît ainsi que les pièces médicales au dossier ainsi que les avis du SMR ne suffisent pas pour statuer sur une modification durable de l'état de santé psychique du recourant et partant, pour déterminer si cette aggravation a un réel impact sur la capacité de travail du recourant.

b) Sur le plan somatique, le Dr G._____ a mentionné, en date du 30 juin 2015, que l'évolution de l'état de santé du recourant était « grosso modo » défavorable, celui-ci souffrant d'insuffisance rénale chronique, de diabète de type 2 insulino-requérant, d'hypertension artérielle, d'un syndrome d'apnée du sommeil, d'obésité et ayant connu plusieurs épisodes de glomérulonéphrite à lésions minimales. Ce médecin a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée compte tenu des troubles somatiques uniquement. La Dresse I._____ a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique avec épisodes répétés de glomérulonéphrites et divers syndromes métaboliques tels qu'obésité, diabète, hypertension artérielle, lipides et stéatose hépatique non alcoolique. Elle n'a en revanche retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec les troubles somatiques. Le Dr D._____ a, quant à lui, retenu un syndrome d'apnée du sommeil, précisant que les limitations fonctionnelles pouvaient consister en de la somnolence résiduelle sans être en mesure de préciser l'impact de cette somnolence. Retenant un syndrome néphrotique, un diabète de type 2 insulino-requérante, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie ainsi qu'un problème de goutte, la Dresse N._____ a précisé que les limitations fonctionnelles étaient surtout d'ordre psychologique et n'a retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique. Le Dr G._____ a indiqué, le 4 mars 2016, que son patient avec arrêté la corticothérapie depuis février 2015 et l'Endoxan en juin 2014, précisant que celui-ci n'avait plus présenté de syndrome néphrotique depuis juillet 2014 et que la protéinurie était contrôlée. Ainsi, ce médecin n'a retenu aucune

limitation fonctionnelle sur le plan rénal. Enfin, le Dr X. _____ a fait part, dans un rapport du 24 juin 2016, du fait que le recourant souffrait d'une pathologie coronarienne qui avait toutefois pu être stabilisée grâce à une intervention et à un traitement, si bien qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée en lien avec cette pathologie ni aucune limitation fonctionnelle retenue. Il apparaît ainsi, compte tenu des divers rapports médicaux versés au dossier, que la situation médicale sur le plan somatique est claire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision entreprise. On relèvera du reste que le recourant ne remet pas en cause les rapports médicaux portant sur le volet somatique et qu'il n'allègue au demeurant pas d'aggravation de son état de santé sur ce plan-là.

6. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). S'il estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, on ignore pour quelle raison l'intimé n'a pas donné suite à l'avis du SMR du 23 janvier 2017, lequel préconisait la mise en œuvre d'un complément d'expertise sur le plan psychiatrique. En l'occurrence, la situation médicale du recourant n'étant pas claire, eu égard aux divers rapports médicaux produits, et un nouveau diagnostic ayant été posé (cf. rapport de la Dresse H. _____ et du Dr J. _____ du 27 avril 2015), il s'impose de faire procéder à un complément d'instruction du volet psychiatrique du dossier, l'intimé devant solliciter un complément d'expertise auprès du Dr P. _____ avant de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant.

7. a) Le recourant invoque, s'agissant de sa capacité de gain, qu'il est dans l'impossibilité de réintégrer le marché du travail compte tenu de son âge, de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de sa longue période d'inactivité, si bien que sa capacité de gain serait nulle, quelle que soit la capacité de gain théorique qu'il pourrait présenter.

b) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il

rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; ATF 138 V 457 consid. 3.3).

c) En l'occurrence, une fois que le complément d'expertise aura été mis en œuvre par l'intimé et le rapport y relatif rendu, celui-ci devra se prononcer sur l'exigibilité de la capacité de travail du recourant. Il lui appartiendra alors d'intégrer la jurisprudence précitée à son raisonnement.

8. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} 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.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qui seront fixés, en l'espèce, à 2000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- IV.** 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.

V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour S. _____),
- 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 :