

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 décembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, est entré en Suisse en 1989. Il est marié et père de trois enfants. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé l'activité de sommelier jusqu'en 2003 avant d'émigrer à l'assurance-chômage.

Atteint d'un hémolympangiome, il a fait l'objet d'une résection chirurgicale réalisée au Centre hospitalier C._____ en mai 2004, suivie de deux greffes de peau en octobre 2004.

B. En incapacité totale de travail depuis la première intervention précitée, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc le 6 juin 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et neurologique), confiée au Centre D._____ par mandat du 22 janvier 2007. Le rapport de ce centre, rédigé le 29 mars 2007 par les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, spécialiste en neurologie, fait état des diagnostics suivants, susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assuré :

- Status après excision d'un gros hémolympangiome avec gros défaut cutané-sous-cutané résiduel.
- Lombosciatalgies droites séquellaires.
- Masse intrarachidienne à la hauteur de L1, d'origine indéterminée.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de sommelier, à titre définitif. Une réadaptation à 50 % dans une activité adaptée paraissait envisageable, mais uniquement après stabilisation de la situation somatique au niveau lombaire (en particulier en fonction de l'évolution de la lésion L1). L'assuré ne pouvait pas porter des charges supérieures à 5 kg et devait éviter les mouvements de flexion et

d'extension du rachis. Il devait également changer fréquemment de position et observer de fréquentes périodes de repos.

Par décisions des 15 février 2008 et 31 mars 2008, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} juin 2005.

C. Le 7 avril 2010, l'OAI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assuré.

Le Dr H._____, médecin généraliste, a signalé, le 29 mars 2011, l'apparition de lombalgies et de sciatalgies intermittentes et précisé que la capacité de travail de son patient était toujours nulle.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé, le 11 avril 2011, d'organiser un examen rhumatologique, lequel a été effectué le 6 mai 2011 par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Son rapport du 9 juin 2011 a retenu, au titre des diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec status après excision d'un gros hémolympangiome lombaire s'accompagnant d'un gros défaut cutané sous-cutané résiduel. Ceux de cervicobrachialgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'obésité demeuraient en revanche sans incidence sur dite capacité. L'exercice de l'activité habituelle de sommelier n'était plus exigible depuis mai 2004. Depuis mars 2008, soit deux ans après une dernière intervention, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %. Il convenait de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement ou de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvement répété de flexion-extension du rachis ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations. Le Dr J._____ a par ailleurs observé ce qui suit :

« [...] Une IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] lombaire de septembre 2006 a mis en évidence une masse intrarachidienne à la hauteur de L1 postérieurement au sac dural et extradural, faisant une érosion au niveau de l'arc postérieur G [réd. : gauche], la nature exacte de cette masse étant indéterminée, pouvant correspondre à une dilatation des veines épidurales postérieures ou à une localisation tumorale. Cependant, une IRM ultérieure du 01.10.2007 ne met en évidence aucune lésion en L1. A cette IRM, le canal lombaire est de dimension normale et ses parois sont régulières. Il n'existe qu'un îlot graisseux au niveau du corps de L5, s'atténuant sur la séquence Stir. Cet examen met par ailleurs en évidence des remaniements cicatriciels compatibles avec un status postopératoire dans les tissus cutanés postérieurs à la hauteur de L3 jusqu'à L5, s'étendant jusque dans la région interépineuse. Il n'y a pas d'effet de masse résiduelle ni d'autre lésion décelée en regard des remaniements cicatriciels. Cette IRM met en évidence également des protrusions discales étagées en L4-L5 et en L5-S1, postéromédiane, non sténosante. Par ailleurs, un scanner dorso-lombaire de mai 2011 ne met pas en évidence d'effet de masse, ni d'effet compressif, ni de compression radiculaire. Un scanner cérébral de mai 2011 est également normal. [...] »

Etant donné les conclusions médicales, singulièrement la reconnaissance d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, l'OAI a convoqué l'assuré en vue de mettre en œuvre des mesures professionnelles. Une orientation professionnelle a été planifiée du 6 février 2012 au 29 avril 2012 au sein du Centre X._____ à [...]. Cette mesure a cependant été interrompue le 20 février 2012 par l'assuré sur présentation d'un certificat médical, lequel attestait d'une incapacité totale de travail.

Par rapport du 27 septembre 2012, le Dr M._____, chef de clinique, et la Dre K._____, médecin assistante, au sein de la Policlinique L._____ ont indiqué assumer le suivi de l'assuré depuis mars 2012 et retenir les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies avec déficit sensitif en l'absence d'un déficit moteur, suite à des interventions pour un hémolympangiome lombaire congénital, et d'un état dépressif. Un reflux gastro-œsophagien, une hypertension artérielle et des douleurs pariétales musculo-squelettiques latéro-thoraciques droites étaient en revanche sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Cette capacité était nulle depuis la prise en charge au sein de la Policlinique L._____, tandis que les limitations concernaient le travail assis, debout et couché en raison des

douleurs lombaires, ainsi que la concentration et l'adaptation en raison de l'état dépressif.

Faute d'évaluation et de suivis spécialisés auprès d'un psychiatre, le SMR s'en est tenu aux conclusions du rapport d'examen du 9 juin 2011 du Dr J._____ par avis du 4 février 2013.

L'OAI a dès lors procédé à l'évaluation théorique de l'invalidité de l'assuré sur la base de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 50 %. La comparaison des revenus sans invalidité (62'742 fr.) et avec invalidité (31'370 fr.) a mis à jour un degré d'invalidité de 57,5 %, arrondi à 58 %.

Par projet de décision du 15 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de réduire la prestation versée à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux de 58 %, dès le premier jour du deuxième mois suivant la future décision. Une communication du même jour accordait à l'assuré une mesure d'aide au placement.

En dépit de la contestation de l'assuré, formulée le 1^{er} avril 2013, l'OAI a rendu une décision de réduction de rente, conforme à son projet précité, en date du 16 mai 2013. Cette décision est entrée en force.

D. Par courrier du 1^{er} juillet 2015, l'assuré a requis la révision de son droit à la rente, estimant avoir désormais droit à une rente entière d'invalidité. Il s'est prévalu d'un rapport médical établi le 11 juin 2015 par le Dr S._____, chef de clinique au sein de la consultation de psychiatrie de la Polyclinique L._____. Ce spécialiste a signalé que l'assuré présentait des symptômes psychiques, anxieux et dépressifs, susceptibles d'affecter sa capacité de travail. Le diagnostic retenu était celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, avec aggravation progressive, associé à des symptômes anxieux et à une irritabilité. La capacité de travail était considérée comme nulle. L'état psychique de l'assuré était décrit en ces termes :

« [...] Du point de vue psychiatrique, durant notre suivi, nous constatons que le patient présente une agitation psychomotrice, une importante tristesse, étant souvent en larmes, une anhédonie et une aboulie étant réelles. Il a un sentiment de désespoir, avec par moments, des idées noires et sporadiquement, des idées suicidaires, un sentiment fort de culpabilité et de dévalorisation étant présente. Une baisse de l'élan vital est observée et une fatigue est décrite, constamment toute la journée. Une baisse de l'appétit, des ruminations nocturnes avec des troubles de l'endormissement, des réveils et des cauchemars sont également perçus. Un isolement social ainsi que des pensées obsédantes liés à un sentiment de honte associé à son état physique actuel sont décrits. Le patient a une attitude morose et pessimiste face à son avenir, n'y voyant pas d'issue. En parallèle, un sentiment d'injustice et de colère est affiché, le patient démontrant une irritabilité et des troubles neuro-végétatifs tels que des céphalées, des tensions musculaires, des transpirations et des tremblements. Il subsiste également un sentiment d'insécurité, une augmentation des douleurs étant reconnue quand le patient se trouve en tension psychique. Anamnestiquement, nous constatons que ces symptômes sont d'actualité depuis 2004, dus à l'apparition de ses problèmes de santé, et se sont accrus en 2012, face au décès de son père. Une péjoration de cette symptomatologie est définie ces derniers trois ans. [...] »

La Dre R._____, médecin assistante à la consultation de médecine générale de la Polyclinique L._____, a complété un rapport à la demande de l'OAI le 29 juillet 2015. Elle a fait part d'une situation sans évolution sur le plan somatique, l'assuré présentant toutefois une exacerbation des douleurs aux mouvements et des difficultés à maintenir la même position durant plusieurs heures. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et difficilement évaluable dans une activité avec possibilité de varier les positions. Le pronostic d'évolution demeurait mauvais.

La Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a repris le suivi de l'assuré dès juillet 2015 et répondu à des questions de l'OAI le 28 avril 2016. Elle a indiqué que son patient était en incapacité totale de travail compte tenu de « ses comorbidités multiples et de sa grave pathologie psychiatrique ». Le 2 août 2016, elle a précisé les éléments suivants :

« [...] Vous évoquez une grave pathologie psychiatrique, quel est le status psychiatrique actuel précis ?

Agé de 44 ans, le patient en paraît davantage. Il se déplace avec difficultés, algique. Il présente un surpoids pondéral, et un ralentissement moteur. Il est orienté aux 4 modes, et ne montre pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Il n'y a aucun signe en faveur d'une décompensation psychotique. L'hygiène et la tenue sont correctes. La mimique est lasse et souvent triste, avec parfois des larmes aux yeux. La thymie est abaissée, avec une anxiété, une fatigabilité, une anhédonie, une aboulie, un repli sur soi, une irritabilité, des sentiments de tristesse, de dévalorisation, de honte, de culpabilité, de colère, d'injustice, d'impasse, de perte d'espoir, d'inutilité, et parfois des idées suicidaires de défenestration. Le patient se plaint de troubles du sommeil sous la forme de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes et cauchemars, de sensations de chaleur dans la tête, de céphalées, de tensions musculaires.

S'il y a eu aggravation, depuis quelle date selon votre estimation ?

L'aggravation s'est semble-t-il produite avant le début de mon suivi. Selon le patient, son état psychique s'est péjoré depuis le début de ses pathologies somatiques en 2004, et aggravé il y a 3 ans, lorsque l'AI a pris la décision de diminuer sa rente de 100 à 50 %, contre avis médical, alors qu'il n'était pas en mesure de trouver un travail à 50 % pour des raisons avant tout somatiques et que même les mesures de réinsertion professionnelle mises en place par l'AI n'ont pas pu être poursuivies. Cette décision aurait mis la famille du patient dans une situation financière précaire, augmentant les sentiments de culpabilité du patient. Et début 2016, le patient a présenté un eczéma avec démangeaisons sur tout le corps durant des semaines, qui l'a beaucoup affecté psychologiquement aussi, dont l'origine est en cours d'évaluation par le médecin traitant et le Centre hospitalier C._____.

Quelles sont les limitations psychiques précises qui motivent la capacité de travail nulle ?

La symptomatologie dépressive n'est pas favorable à une reprise professionnelle et est un facteur qui s'additionne aux nombreux facteurs somatiques pour aboutir à une capacité de travail nulle actuellement. Ces différents facteurs bio-psycho-sociaux semblent s'influencer mutuellement dans une spirale d'évolution descendante. [...]

A quelle échéance selon votre pronostic devrions-nous réévaluer la situation ?

Actuellement, le patient ne parvient pas à faire le deuil de la personne qu'il a été avant son infirmité, qu'il vit comme une importante blessure narcissique. On peut se poser la question de l'existence d'une accentuation de certains traits de personnalité (Z 73.1), à vérifier avec le temps. Tant que le patient se vit comme une victime de la fatalité, de la médecine qui aurait raté certaines interventions, de l'AI, et ne parvient pas à se responsabiliser davantage par rapport à sa santé, p. ex. en fumant moins, et bougeant davantage, la situation risque de continuer à évoluer défavorablement, compte tenu de la persistance des séquelles somatiques de ses pathologies et des difficultés sociales. Nous continuons à travailler sur sa dépression et son conflit conjugal, et si

sa souffrance pouvait être validée par l'AI, le pronostic serait certainement plus favorable. [...] »

L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI en date du 22 août 2016, signalant souffrir de dépression et d'addiction, avoir besoin d'aide pour l'accomplissement de la plupart des actes ordinaires de la vie et préparer ses traitements médicaux, ainsi que nécessiter un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et une surveillance personnelle.

Après consultation du SMR, l'OAI a décidé d'organiser une expertise bidisciplinaire (médecine interne et psychiatrie), dont le mandat a été confié au Centre D._____ par communication du 26 mars 2018. Les Drs W._____, spécialiste en médecine interne, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein dudit centre, ont procédé à l'examen clinique de l'assuré le 12 avril 2018 et communiqué leur rapport le 12 juin 2018.

Sur le plan somatique, les diagnostics suivants ont été retenus :

- Lombalgies chroniques avec troubles statiques et dégénératifs du rachis (M 54.4) et status après excision d'un hémolymphangiome lombaire avec défaut sous-cutané résiduel.
- Syndrome métabolique avec obésité de classe I, hypertension artérielle, diabète de type II traité et dyslipidémie.
- Eczéma atopique.
- Rhino-conjonctivite saisonnière.
- Possible syndrome des apnées obstructives du sommeil.

Le Dr W._____ a communiqué ses observations et son évaluation du cas notamment en ces termes :

« [...] Parmi ces diagnostics, seules les lombalgies chroniques sont assorties de limitations fonctionnelles. Ce diagnostic ne s'est pas modifié au cours du temps. Les troubles dégénératifs vraisemblablement à l'origine de la symptomatologie douloureuse ont été confirmés lors d'une IRM de la colonne dorso-lombaire, effectuée le 09.03.2017, qui concluait à des discopathies L4-L5, L5-S1, avec bombement postérieur et minime contact récessal L5 bilatéral. La musculature paraspinale était préservée et il n'y avait pas de lésion suspecte intra-osseuse ou médullaire. Cette situation ne s'est pas modifiée, comparativement à l'IRM effectuée le 01.10.2007, qui permettait, lors de l'expertise effectuée par le Dr J._____ le 09.06.2011, de confirmer une incapacité totale dans

l'activité de sommelier depuis mai 2004 et de 50 % dans une activité adaptée depuis mars 2008, rejoignant ainsi les conclusions de l'expertise neurologique et rhumatologique effectuée par les Dr F. _____ et G. _____ le 29.03.2007.

Sur le plan clinique, la situation ne s'est pas non plus modifiée, avec un modeste syndrome lombovertébral, une ankylose matinale, parfois des irradiations un peu atypiques à la racine des cuisses, mais sans complication neurologique rapportée. Les traitements sont identiques, avec Lyrica au long cours, prise de Tramadol intermittente, utilisation de Tens et application de diverses pommades. Il n'y a eu aucun traitement physique rapporté entre 2007 et actuellement, l'expertisé précisant que les traitements, y compris l'acupuncture, exacerbent les douleurs. Il ne rapporte pas de prise en charge rhumatologique, d'infiltrations, de traitement ostéopathique.

L'examen clinique est en tout point comparable à celui qui prévalait sur le plan rhumatologique en 2011, à l'exception de l'absence de signes de Waddell qu'avait constatés le Dr J. _____ (lombalgies à l'appui céphalique), que l'on ne retrouve pas actuellement.

Il faut préciser que, lors de l'expertise de 2007, il subsistait un doute quant à une pathologie intrarachidienne au niveau de la vertèbre L1 avec érosion au niveau de l'arc postérieur gauche. L'évolution favorable permet d'être rassuré quant à l'absence de pathologie significative. [...]

En 2011, le Dr J. _____ retenait le diagnostic de cervico-brachialgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis (M54.2), pathologie sans répercussion sur la capacité de travail. Monsieur B. _____ ne fait plus état de symptômes compatibles avec des cervico-brachialgies gauches.

En revanche, de nouveaux diagnostics ont été posés depuis l'expertise de 2011, avec la notion d'un reflux gastro-œsophagien, d'une hypertension artérielle dès 2012, d'un diabète dès 2014 et d'un eczéma avec prurit généralisé dès 2015. Figure également en 2015 la notion d'une dépendance éthylique. A cet égard, nous n'avons pas enregistré de complications liées éventuellement à une consommation d'alcool à risque. Cliniquement, il n'est pas relaté d'histoire compatible avec une décompensation éthylique. Il n'y a pas d'histoire de polyneuropathie.

[...]

Sur le plan somatique, c'est donc essentiellement en raison de lombalgies non spécifiques, avec discopathies étagées, que des limitations fonctionnelles ont été reconnues et qui l'ont empêché de reprendre ses activités de sommelier dès 2004. [...]

Concernant le problème des lombalgies ou de la masse lombaire (hémolympangiome), il est évident qu'il n'y a pas eu d'aggravation, tant sur le plan subjectif, puisqu'on retrouve les mêmes plaintes, que sur le plan objectif, avec un status rhumatologique et neurologique inchangé et apparemment sans traitement physique.

Des nouveaux diagnostics sont survenus sous la forme d'un syndrome métabolique avec obésité actuellement à 33.5 kg/m². [...]

Il n'est pas rapporté de neuropathie, d'atteinte rénale. Un examen cardiologique effectué le 09.03.2017 est revenu normal. [...]

En l'absence de complications liées à ce syndrome métabolique, il n'est pas retenu de limitation fonctionnelle.

L'expertisé se plaint également de la survenue d'un prurit avec notion de lésions eczémateuses nécessitant depuis deux ans un traitement intermittent de corticoïdes topiques. Il déclare avoir été

examiné en milieu spécialisé avec des biopsies. Le prurit est traité avec une efficacité moyenne par Atarax. Cette affection est sans répercussion sur la capacité de travail.

En raison de pyrosis, il déclare avoir bénéficié à deux reprises d'une œsogastroduodenoscopie et rapporte une gastrite à l'*Helicobacter pylori* éradiqué. La symptomatologie est contrôlée par la prise d'Oméprazole 40 tous les jours.

Enfin, il rapporte avoir été victime d'un accident de la voie publique en janvier 2018. Il a été légèrement touché à l'épaule alors qu'il courait pour rattraper son bus, coupant le passage du véhicule. Il lui aurait été diagnostiqué une fracture de la base du gros orteil droit traitée par contention avec bonne évolution actuellement.

Ainsi, la survenue de ces nouveaux diagnostics ne remet pas en doute les diagnostics et limitations fonctionnelles existant depuis 2011, avec toujours une incapacité de travail dans l'activité de sommelier, mais une capacité de 50 % dans une activité adaptée et un potentiel de réadaptation inchangé depuis l'appréciation rhumatologique de 2011. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle nouvelle.

Il est à craindre cependant pour l'avenir des complications liées au syndrome métabolique en l'absence de l'arrêt du tabagisme et de la correction non optimale des autres facteurs de risque. En effet, le poids reste trop élevé chez cet assuré sédentaire, hypertendu et tabagique. Nous ne connaissons pas son adhérence au traitement, et la lecture de son glucomètre est de loin peu rassurante quant à sa compliance. Les écarts de régimes, notamment lors d'alcoolisations intermittentes, peuvent également expliquer la difficulté à obtenir un profil glycémique équilibré. Sur ce point, comme sur le problème de son potentiel de réadaptation, il faut bien considérer que les motivations sont faibles, voire inexistantes.

Traitement

Concernant les lombalgies, il n'y a pas eu de nouveau traitement à notre connaissance et l'antalgie prodiguée à l'époque, soit en 2004, est toujours la même [...].

Il bénéficie par ailleurs d'un traitement classique du syndrome métabolique et son médecin traitant actuel lui rend visite une fois par mois à son domicile.

Réadaptation

Le potentiel de réadaptation ne s'est pas modifié depuis la dernière appréciation rhumatologique de 2011; il n'y pas de nouvelles limitations.

[...]

Cohérence

L'assuré annonce une limitation le gênant dans toutes les activités. Les lombalgies sont soutenues par des examens radiologiques concordants. On peut considérer que les lombalgies sont plausibles, surtout dans le contexte d'une certaine kinésiophobie avec développement d'un déconditionnement.

Il y a ainsi une certaine cohérence entre les plaintes émises et le cercle vicieux inéluctable de l'absence d'activité, renforçant encore l'ankylose douloureuse lors de la mise en mobilisation.

Cependant, et malgré et la liste des diagnostics qui tend à s'allonger progressivement, nous ne partageons pas l'avis de nos collègues de la Polyclinique L._____, qui considèrent que l'aggravation correspond à une diminution de la capacité de travail puisqu'il n'y a pas de nouvelle limitation fonctionnelle.

[...]

Ressources

Sur le plan somatique, l'expertisé reste autonome dans les activités de la vie quotidienne. Une amélioration de son état général est clairement atteignable par la mise en œuvre de moyens simples, tels que la lutte contre la sédentarité, la reprise d'une activité progressive, la correction des facteurs de risque cardiovasculaire, l'amélioration de l'hygiène de vie et l'assuré ne présente pas d'affection somatique susceptible de compromettre la mise en œuvre de ces diverses mesures, lesquelles sont susceptibles d'améliorer son pronostic à moyen terme. [...] »

Quant au volet psychique, le Dr V. _____ a fait part des diagnostics suivants :

- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance primaire avec actuellement utilisation continue de la substance (F 10.25).

Il s'est par ailleurs exprimé comme suit sur le cas de l'assuré :

« [...] En conclusion, le tableau clinique que présente cet expertisé est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

Le diagnostic de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance primaire avec actuellement utilisation continue de la substance (F 10.25) est retenu. Ce diagnostic s'appuie sur l'anamnèse, le taux plasmatique de CDT du 14.04.2018 à 2,61 %.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu, bien que l'expertisé se décrive comme douloureux, triste et anxieux. Il existe un certain sentiment de détresse, il est expliqué par des pathologies somatiques. L'expertisé a une bonne perception de soi et des autres. L'expert de médecine interne retient que seules les lombalgies chroniques sont assorties de limitations fonctionnelles. Ce diagnostic ne s'est pas modifié au cours du temps. Les troubles dégénératifs vraisemblablement à l'origine de la symptomatologie douloureuse ont été confirmés lors d'une IRM de la colonne dorso-lombaire, effectuée le 09.03.2017. Cette situation ne s'est pas modifiée, comparativement à l'IRM effectuée le 01.10.2007.

[...]

Traitement

Le traitement est conforme aux règles de l'art.

Il y a une indication à la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Le traitement antidépresseur doit être poursuivi, il est observé, le traitement de Lyrica prescrit à visé antalgique n'est pas observé. Un travail de motivation pour diminuer

la consommation d'alcool puis pour l'arrêter complètement si possible est indiqué. Il serait utile de valoriser les capacités adaptatives de l'expertisé.

Réadaptation

Une réadaptation est raisonnablement exigible il n'y a pas de contre-indication psychiatrique à la mise en place de mesures de réadaptation.

[...]

Cohérence

Il y a quelques divergences entre les symptômes décrits et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise. Il y a une consommation d'alcool vraisemblablement supérieure à celle annoncée par l'expertisé. Il y a des divergences dans les éléments apportés par le dossier. Le Dr S. _____, psychiatre (rapport du 11.06.2015) retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2), ce diagnostic ne peut être validé au vu de la présence d'une symptomatologie purement réactionnelle. Les diagnostics retenus au terme de la présente évaluation n'entraînent pas d'IT [réd : incapacité de travail].

[...]

Ressources personnelles

L'expertisé est capable de communiquer, il s'exprime bien en français. Il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, il est rationnel et autonome. Il est peu endurant, il a des capacités relationnelles et de communication. [...] »

Aux termes de leur appréciation consensuelle du cas, les experts du Centre D. _____ ont estimé que la situation de l'assuré ne s'était pas modifiée à compter de l'examen de 2011 et qu'il présentait des limitations fonctionnelles inchangées depuis lors. La capacité de travail exigible demeurait fixée à 50 % dans une activité adaptée, compte tenu de l'état de santé somatique, les diagnostics psychiques n'entraînant aucune restriction.

Le SMR s'est rallié à l'appréciation des experts dans un avis du 11 juillet 2018, de sorte que l'OAI a établi un projet de décision le 19 juillet 2018 envisageant de refuser l'augmentation de la demi-rente d'invalidité servie à l'assuré.

Par décision du 28 août 2018, l'OAI a repris les termes de son projet précité et prononcé le maintien du versement d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 58 %.

E. B._____, représenté par Me Karim Hichri, avocat au sein d'Inclusion Handicap, a déféré la décision du 28 août 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 25 septembre 2018, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Dans un mémoire subséquent du 7 novembre 2018, il a essentiellement contesté l'appréciation de sa capacité de travail sur le plan psychique. Il a relevé qu'un état dépressif avait déjà été observé au Centre hospitalier C._____ en septembre 2012 et que la situation s'était manifestement aggravée au vu des constats rapportés en 2015 par le Dr S._____. Le status décrit dans le rapport du Centre D._____ était différent de celui communiqué par le psychiatre précité, ce qui justifiait toutefois à tout le moins une augmentation temporaire de la rente d'invalidité. Au demeurant, les diagnostics retenus par le Dr S._____ n'avaient pas été évalués correctement.

L'OAI a répondu au recours le 5 décembre 2018 et proposé son rejet, estimant que les conclusions de l'expertise du Centre D._____ avaient lieu d'être suivies.

Le 13 mars 2019, l'assuré a indiqué renoncer à déposer une réplique, mais demeurer dans l'attente de rapports médicaux qu'il entendait produire ultérieurement. Il ne s'est toutefois pas manifesté plus avant.

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 l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et

58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la révision du droit à la rente du recourant, singulièrement sur le refus prononcé par l'intimé le 28 août 2018 d'augmenter la demi-rente d'invalidité qui lui est allouée depuis le 1^{er} juillet 2013 selon la décision du 16 mai 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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 (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17

LPGA. 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 dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux cas de toxicomanie et de dépendance (ATF 145 V 215). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des dépendances doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

d) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une

comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

5. 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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).

c) 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 asséculoologique. 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).

6. En l'espèce, il convient de déterminer si une modification substantielle de l'état de santé du recourant s'est produite depuis la précédente décision statuant au fond sur son droit à la rente, à savoir celle du 16 mai 2013, par laquelle l'intimé a réduit la prestation servie à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 58 %.

7. Sur le plan somatique, le recourant a fait l'objet d'exams spécialisés en mai 2011 et juin 2018, dont les conclusions s'avèrent superposables. Le spécialiste du Centre D._____, le Dr W._____, mandaté dans le cadre de la demande de révision du recourant, a en effet constaté dans son rapport du 12 juin 2018 que les constats cliniques rapportés le 9 juin 2011 par le Dr J._____ demeuraient d'actualité. Seules des lombalgies chroniques étaient susceptibles d'impacter la capacité de travail du recourant, ce que corroborait l'ensemble des documents d'imagerie versés à son dossier jusqu'en 2017. Le Dr W._____ a au surplus souligné que les symptômes relevant des autres diagnostics évoqués en son temps par le Dr J._____ (soit des cervico-brachialgies) n'étaient plus allégués par le recourant. Si des diagnostics supplémentaires (en particulier un syndrome métabolique) étaient certes présents, ceux-ci étaient au bénéfice de traitements adéquats et ne se répercutaient pas sur la capacité de travail du recourant. Les limitations fonctionnelles demeuraient donc inchangées depuis 2011. Le recourant conservait au surplus des ressources pour rester autonome dans les activités de la vie quotidienne et pouvait améliorer son état de santé somatique par des mesures simples d'hygiène de vie. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions, sans soulèvement ni port de charges de plus de 5 kg, sans mouvements répétés en flexion et extension du rachis, sans travail en porte-à-faux du tronc et sans exposition aux vibrations, était donc toujours évaluée à 50 % (cf. rapport d'expertise du Centre D._____ du 12 juin 2018, p. 21 à 23).

Ces conclusions ne sont pas remises en question par le recourant et convergent au demeurant avec les constats objectifs communiqués par ses propres médecins traitants depuis 2012. En particulier, on peut relever qu'avant l'émission de la décision de réduction de rente du 16 mai 2013, le Dr M._____ et la Dre K._____ de la Polyclinique L._____ avaient également retenu le seul diagnostic de lombosciatalgies au titre des diagnostics incapacitants (cf. rapport du 27 septembre 2012, p. 1). Ultérieurement, dans le cadre de la révision sur demande, objet de la présente procédure, la Dre R._____ de la Polyclinique L._____ a expressément indiqué qu'au niveau somatique « l'état de santé du patient n'a subi aucune évolution » sans exclure l'exercice d'une « activité avec possibilité de varier les positions » en dépit d'une « exacerbation des douleurs aux mouvements » et de « difficultés à maintenir une même position durant plusieurs heures » (cf. rapport du 29 juillet 2015, p. 1 et 2).

Compte tenu de ces éléments, on peut retenir, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé somatique du recourant n'a pas connu de modification sensible depuis la précédente décision du 16 mai 2013.

8. a) Concernant le volet psychique du dossier, il est incontesté que l'aggravation alléguée et rendue plausible par les explications communiquées par le Dr S._____ de la Polyclinique L._____ le 11 juin 2015 a conduit l'intimé à entrer en matière sur la demande de révision formulée par le recourant le 1^{er} juillet 2015.

Cela étant, le Dr V._____, pour le compte du Centre D._____, a réfuté la gravité des diagnostics évoqués par le spécialiste précité, ainsi que par la Dre T._____. Il a notamment fait état de ses propres observations cliniques et exposé les raisons le conduisant à s'écarter des diagnostics mentionnés par les psychiatres traitants, en particulier vu l'importance d'une composante réactionnelle des problèmes psychiques développés par le recourant dans le contexte de sa symptomatologie douloureuse (cf. rapport d'expertise du 12 juin 2018, p.

16 et 17). L'expert psychiatre a au surplus mis en lumière une consommation d'alcool relativement importante, élevée au rang d'un syndrome de dépendance dans le contexte d'une compliance toute relative aux traitements médicamenteux (cf. ibidem, p. 17 ad taux plasmatique du Lyrica). Il a par ailleurs fait état de constats étayés en confrontant son examen clinique aux éléments anamnestiques et aux appréciations de ses confrères pour parvenir à un tableau clinique convaincant.

L'évaluation du Dr V._____, notamment quant au caractère réactionnel de la symptomatologie psychique, n'apparaît du reste pas en contradiction avec les remarques des psychiatres traitants du recourant. En particulier, le Dr S._____ a expressément indiqué que les « symptômes sont liés directement à l'état de santé physique du patient en augmentant ses douleurs et en diminuant encore plus ses capacités fonctionnelles ». Au demeurant, ce praticien n'excluait pas une « reprise professionnelle bien adaptée à ses limitations physiques et psychiques » (cf. rapport du 11 juin 2015, p. 2). La Dre T._____, pour sa part, a souligné que l'état de santé psychique de son patient se serait aggravé « il y a 3 ans lorsque l'AI a pris la décision de diminuer sa rente [...] alors qu'il n'était pas en mesure de trouver un travail ». Elle a au surplus ajouté que « tant que le patient se vit comme une victime de la fatalité, de la médecine qui aurait raté certaines interventions, de l'AI, et ne parvient pas à se responsabiliser davantage par rapport à sa santé, p. ex. en fumant moins, et bougeant davantage, la situation risque de continuer à évoluer défavorablement » (cf. rapport du 2 août 2016, p. 2). Ainsi, en dépit des divergences diagnostiques et des appréciations opposées de la capacité résiduelle de travail du recourant, les psychiatres s'accordent pour constater que le recourant se maintient dans une « spirale négative », alors que des mesures simples, liées essentiellement à son hygiène de vie, seraient en mesure d'apporter une amélioration globale de sa situation.

Compte tenu de ces éléments, singulièrement de l'analyse opérée au sein du Centre D._____, on peut retenir avec l'intimé que le

recourant ne présente pas de limitations durables de sa capacité de travail pour des motifs psychiques.

b) On ajoutera que le Dr V._____ n'a pas mentionné de fluctuations significatives de l'état de santé psychique du recourant depuis la prise en charge spécialisée, encourageant toutefois à la poursuite de ce traitement (cf. rapport d'expertise du 12 juin 2018, p. 18)

On ne voit dès lors pas, contrairement à ce que soutient le recourant, que son état de santé psychique aurait éventuellement justifié l'octroi d'une rente entière de durée limitée.

9. a) Eu égard plus généralement à la valeur probante de l'expertise du Centre D._____ en lien avec la récente jurisprudence rendue en matière de troubles psychiques et de dépendances (cf. consid. 4 supra), il s'agit de relever que les experts se sont globalement exprimés sur le degré de gravité des atteintes à la santé évoquées dans le cas du recourant et sur la question de la cohérence. Ils n'ont par ailleurs pas manqué d'examiner les ressources dont était doté le recourant. Il apparaît que dernier bénéficie d'un cercle familial conservé, de ressources personnelles mobilisables et des mesures thérapeutiques adéquates, alors qu'un simple changement de son hygiène de vie serait de nature à faire évoluer favorablement son état de santé (cf. rapport d'expertise du 12 juin 2018, évaluation consensuelle, p. 5 et 6).

b) Il s'ensuit qu'on ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions motivées et complètes des experts du Centre D._____, dont le rapport remplit à satisfaction les exigences jurisprudentielles. On ajoutera d'ailleurs que le recourant n'a produit aucun document médical nouveau ou divergent qui serait de nature à remettre en question l'appréciation bidisciplinaire communiquée par ce centre.

c) Il convient en définitive de retenir que l'état de santé du recourant n'a pas évolué sensiblement depuis la précédente décision du 16 mai 2013, dans la mesure où il demeure susceptible de mettre à profit

une capacité de travail de 50 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques.

Ainsi, en l'absence de motif de révision au sens entendu par l'art. 17 al. 1 LPGA, le degré d'invalidité de 58 %, déterminé antérieurement par l'intimé à l'issue de sa décision du 16 mai 2013, doit être maintenu.

11. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 28 août 2018 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait par ailleurs prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Karim Hichri (pour B. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :