

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2024

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Peter, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Denis Dougoud, conseiller juridique à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) R ressortissant portugais né en [...], N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est entré en Suisse en [...] et bénéficie d'un permis de séjour de type C. Sans formation professionnelle, il a travaillé comme maçon.

L'assuré était en arrêt de travail depuis le 17 juillet 2012.

Par décision du 16 novembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} février 2014 au 31 août 2015, puis à une demi-rente à partir du 1^{er} septembre 2015 (capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues [changements de positions fréquents et limitation du port de charges à 5 kilos] dès le mois de juin 2015). Le degré d'invalidité a été fixé à 55 % après comparaison des revenus sans (66'719 fr.) et avec (30'024 fr. 50) invalidité.

b) Par décision du 7 novembre 2018, l'OAI a, sur la base d'un examen clinique rhumatologique réalisé le 4 septembre 2018 au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), retenu que l'aggravation de l'état de l'épaule droite de l'assuré ne modifiait pas sa capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg [charges très légères], pas de position debout ou assise prolongée au-delà de ¾ d'heure, pas de position statique au-delà de 20 minutes, et pas de marche au-delà du kilomètre ; *Epaule D* : pas de travail prolongé du bras au-dessus du plan de l'horizontale et pas de soulèvement de charges avec le MSD [membre supérieur droit] au-delà de 3 kg), depuis la mi-décembre 2016).

Par arrêt du 23 février 2022, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a, sur la base d'un rapport d'expertise

judiciaire pluridisciplinaire du 1^{er} septembre 2021 d'A._____, rejeté le recours déposé par l'intéressé et confirmé la décision du 7 novembre 2018 de l'OAI (CASSO AI 387/18 - 68/2022).

Cet arrêt cantonal n'a pas été contesté.

c) Le 12 octobre 2020, N._____ a déposé une demande de révision auprès de l'OAI qui l'a rejetée par décision du 12 octobre 2022.

d) Le 1^{er} mai 2023, N._____ a déposé une nouvelle demande (révision) de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis 2022, et à laquelle étaient notamment jointes les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 mars 2023 du Dr B._____, médecin traitant, rédigé à l'intention du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, infirmant un rhumatisme inflammatoire mais confirmant la persistance de troubles dégénératifs connus et soulignant la mise en évidence, par une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 29 novembre 2022, d'une hernie discale sous-ligamentaire postéro et paramédiane en L4-L5 avec conflit sur la racine L5 droite dans son récessus latéral ainsi que d'un remaniement dégénératif multi-étagé avec un rétrécissement débutant du canal central de T12 à L4. Le médecin traitant mentionnait un mauvais pronostic chez son patient qui avait peu progressé depuis le début de son suivi en raison surtout de sa passivité, de sa kinésiophobie et d'un manque de ressources cognitives;

- un rapport du 12 avril 2023 du Dr T._____, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1 ; depuis 2011) et de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41 ; depuis 2011). Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1 ; depuis 2020). Les limitations fonctionnelles retenues étaient des difficultés dans la gestion des

émotions, une réduction du pragmatisme, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, une hypersensibilité au stress, une déficience de la concentration et de la mémoire secondaire au trouble de l'humeur, une réduction de la capacité de planification et des faibles ressources adaptatives.

Dans un « rapport médical pour la révision du droit à la rente (inv. 55 %) » complété le 15 mai 2023, le Dr T._____ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité depuis le 23 mai 2022, soit la date du début de la prise en charge.

Après avoir requis l'avis du SMR sur les renseignements obtenus (avis médical du 23 juin 2023), l'OAI a, par projet de décision du 26 juin 2023, fait part à l'assuré de son intention de refuser l'augmentation de la demi-rente d'invalidité, au motif qu'après un examen minutieux des pièces médicales apportées au dossier, il n'y avait pas d'éléments objectifs permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé pouvant modifier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues.

Dans le cadre des objections de l'assuré, désormais conseillé par Denis Dougoud, formulées le 23 août 2023 à l'encontre de ce préavis, l'OAI s'est vu remettre les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 9 août 2023 du Dr T._____ mentionnant une incapacité de travail de l'assuré « durable à 100 % dans toute activité probablement depuis 2020, ceci pour des raisons somatiques comme psychiatriques ». On extrait ce qui suit de la rubrique « 1. Evolution de l'état de santé de l'assuré depuis le 01.07.2021 » de ce rapport :

“Le patient souffre d'une lombosciatique bilatérale depuis 2008 et depuis 2012 il est sans activité professionnelle (ancien maçon). En 2014 sa situation s'est aggravée avec un canal lombaire étroit opéré cette même année. De façon simultanée, il a développé des épisodes dépressifs récurrents depuis 2011. En effet, depuis cette année les symptômes sont restés fluctuants en intensité, avec des périodes de rémission et je compte au moins 3 périodes, avec l'épisode actuel. A l'admission la symptomatologie se caractérisait par une tristesse, une anhédonie et une asthénie associées à des symptômes somatiques (troubles de l'appétit, du sommeil, perte de

la libido), anxiété (surtout quant à son avenir) et qui ont été évalués par l'échelle HDRS-17 avec un résultat total de 21 points, ce qui correspond à l'intensité moyenne.

Au long de cette année que je le suis il a eu une aggravation de son état de santé psychique du fait que sa santé somatique ne s'améliore pas mais aussi en réaction à la séparation de son épouse, la situation de son fils qui vit dans une institution à [...] à cause des problèmes de santé et ne va pas bien, un déménagement, l'aggravation de sa situation financière par manque de revenus suffisants, une consommation d'alcool croissante secondaire au trouble de l'humeur. Il existe aussi un syndrome douloureux chronique lié à la lombosciatique bilatérale qui réduit sa mobilité.

Dans ce contexte défavorable, j'observe une intensification des symptômes dépressifs avec une rumination d'idées noires, d'inutilité et d'incapacité mais sans qu'un projet de suicide ne soit identifié. Il a refusé pour l'instant mes propositions d'hospitalisation et pour l'instant je n'ai pas d'arguments pour un PLAFPA [placement à des fins d'assistance].

Il est au bénéfice d'une demi-rente de l'AI depuis 2018. Cependant, depuis lors, le malade estime que son état de santé s'est aggravé, sans que l'AI le reconnaisse, à quelques reprises.

Or, actuellement son état dépressif est d'intensité sévère : sa femme a demandé le divorce et il a dû quitter le domicile conjugal pour aller s'installer à [...].

Du point de vue somatique, son actuel rhumatologue, Dr B. _____, dans son rapport médical pour l'AI du 25.08.2022, avait estimé qu'il n'avait aucune capacité de travail et que [le] pronostic pour une reprise de travail à 100 % était irréal.”;

- un rapport du 10 août 2023 du Dr B. _____ estimant qu'un taux de travail de 50 % était théoriquement adéquat mais que cette « adaptation » était rendue difficile car en plus des restrictions au niveau du dos s'ajoutaient les limitations à la marche, aux postures statiques debout et assises et pour l'utilisation des bras. En outre, les travaux administratifs se heurtaient à la barrière linguistique, au trouble cognitif et à la dépression, si bien que ce médecin excluait la possibilité d'une réadaptation professionnelle. Le médecin traitant rappelait que depuis l'expertise médicale figurant au dossier, son patient présentait une nouvelle hernie avec compression de L5 à droite, une fasciite plantaire et une rupture partielle du biceps fémoral.

L'OAI a sollicité le point de vue du SMR sur les renseignements médicaux complémentaires recueillis qui, sous la plume du Dr [...], a fait le point de situation définitif suivant (avis médical du 11 octobre 2023) :

“Conclusion

Il n'est pas apporté d'éléments médicaux objectifs rendant plausible une possible aggravation de l'état de santé de notre assuré modifiant les LF [limitations fonctionnelles] et la CT [capacité de travail] exigible, en faisant exclusion du contexte psychosocial.

Lors de l'expertise en page 6, il est noté : « Néanmoins, les ressources intellectuelles paraissent limitées. Monsieur N._____ a des capacités d'introspection probablement limitées ce qui diminue ses ressources dans la situation actuelle de lombalgies chroniques ; cela même si les ressources intellectuelles probablement limitées, la faible scolarisation sont des facteurs extra-médicaux qui n'ont pas empêché l'expertisé de travailler durant de nombreuses années dans le circuit économique normal libre. », la problématique de la baisse de la capacité d'introspection est connue de longue date.”

Par décision 16 octobre 2023, dont la motivation est identique à celle de son projet du 26 juin 2023, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la demi-rente d'invalidité. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que la contestation de l'assuré n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et que son préavis reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par acte déposé le 17 novembre 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, N._____, représenté par Denis Dougoud, a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et au renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie). Il a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, étant d'avis pour sa part que l'expertise pluridisciplinaire de 2021 au dossier n'était plus d'actualité selon les avis de ses médecins traitants (les Drs B._____ et T._____) qui étaient clairs et motivés sur la péjoration

objective de son état de santé global. Le recourant a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 31 octobre 2023 des médecins du Service de psychiatrie générale du CHUV, Site de [...], consécutif à une hospitalisation volontaire, du 10 au 13 octobre 2023, en raison d'un épisode dépressif moyen (F32.1) chez un patient qui présentait un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie ainsi qu'une diminution de l'activité sur au moins deux semaines;

- un courriel du 16 novembre 2023 du Dr B. _____ qui a répondu comme suit à un questionnaire du conseil du recourant :

"1. Évolution de l'état de santé de l'assuré depuis votre suivi et en particulier depuis le 1.7.21 (soit après l'expertise rhumatologique).

Évolution défavorable, avec aggravation de presque tous les aspects et échec de toutes les thérapies.

2. Nomination du/des diagnostic/s étayé/s par les critères CIM-10, corrélé/s par le status et les éléments de l'anamnèse, description de l'aggravation de son état de santé avec un status précis et depuis quand.

Lombosciatalgies dégénératives sur :

- S/p Cure canal étroit de L4-S1 et aspiration d'une lipomatose le 30.05.2014.

- Canal étroit persistant.

- 01.11.2023 IRM lombaire : Comparativement à l'IRM antérieure, légère augmentation des dimensions cranio-caudales du foyer d'extrusion focale de matériel discal L4-L5 paramédian et foraminal droit, déplacé vers le bas, à l'origine d'un possible conflit avec les racines L4 droite dans son trajet intra-foraminal, L5 bilatéralement à leur émergence du sac thécal, progression de l'infiltration œdémateuse sous-chondrale des deux plateaux vertébraux adjacents à ces disques. Hypertrophie étagée des massifs articulaires inter-facettaires, traduisant une surcharge biomécanique postérieure, entourée d'une infiltration œdémateuse, témoignant de son caractère actif et remaniement post-opératoire de L3 à S1 sans complication ni évolution depuis l'examen antérieur. Canal lombaire étroit d'origine mixte en L3-L4, de type C.

- Psoriasis, mais pas d'argument pour une arthrite psoriasique actuel.

Gonalgie D sur

- Déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du genou D.

Omalgies dégénératives avec ;

- 07.03.2018 Bursite acromio-claviculaire D avec un épanchement de liquide synovial US.
- Tension artérielle.

Sdm Dououreux Chronique

Comorbidités :

- Dépression récidivante.
- Obésité.

3. *Énumération des limitations fonctionnelles d'ordre physique supplémentaires à celles déjà retenues par les experts.*

Persistance de limitations fonctionnelles précédentes et aggravation de lombosciatalgies à droit[e], qui correspond bien avec les nouvelles anomalies présente[s] à l'IRM de 01.11.2023.

4. *Taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, pour quel(s) motif(s) et depuis quand.*

Dans le présent, le patient est [en] impossibilité de travailler, même dans un travail adapté, vu la sciatgie incapacitante.

5. *Faut-il s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage, pour quel(s) motif(s) et depuis quand.*

Egale à la réponse précédente.

6. *En cas d'affirmation d'une capacité de travail inférieure à 50%, sur quels éléments supplémentaires vous fondez-vous par rapport à l'expertise de 2021 ?*

01.11.2023 IRM lombaire : Comparativement à l'IRM antérieure, légère **augmentation des dimensions crano-caudales du foyer d'extrusion focale de matériel discal L4-L5 paramédian et foraminal droit, déplacé vers le bas, à l'origine d'un possible conflit avec les racines L4 droite dans son trajet intra-foraminal, L5 bilatéralement** à leur émergence du sac thécal, **progression de l'infiltration œdémateuse sous-chondrale des deux plateaux vertébraux adjacents à ces disques**. Hypertrophie étagée des massifs articulaires inter-facettaires, traduisant une **surcharge biomécanique postérieure, entourée d'une infiltration œdémateuse, témoignant de son caractère actif** et remaniement post-opératoire de L3 à S1 sans complication ni évolution depuis l'examen antérieur. **Canal lombaire étroit** d'origine mixte en L3-L4, **de type C.**"

Dans sa réponse du 6 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée en renvoyant à son contenu.

Dans sa réplique spontanée du 12 février 2024, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions et a produit une attestation d'établissement du contrôle des habitants de la combe d'[...] du 8 janvier 2024 relative au changement de domicile dans le contexte de sa séparation.

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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière à influencer son droit à la rente depuis le 7 novembre 2018, date de la dernière décision de refus de réviser l'octroi de la demi-rente d'invalidité, confirmée par arrêt du 23 février 2022 de la Cour de céans (CASSO AI 387/18 - 68/2022) entré en force, qui repose sur un examen matériel de ce droit.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés

âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

c) Le 1^{er} mai 2023, le recourant, né en [...], a annoncé une aggravation de son état de santé depuis 2022 en raison de douleurs constantes très fortes et résistantes aux traitements ainsi que d'une dépression. Cette date est postérieure au 31 décembre 2021, si bien que le nouveau droit s'applique en l'espèce.

3. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

f) Les avis médicaux du SMR (au sens de l'art. 54a LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), établis sans examen de l'assuré ni observation clinique, 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. De tels rapports ne sont cependant 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. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1 et les références citées).

5. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.3). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

6. a) En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier son droit à la demi-rente d'invalidité depuis la précédente décision au fond, datée du 7 novembre 2018, confirmée par arrêt du 23 février 2022 de la Cour de céans (CASSO AI 387/18 - 68/2022) entré en force (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Dans le rapport d'expertise judiciaire pluridisciplinaire du 1^{er} septembre 2021, les experts ont constaté un syndrome lombospondylogène (avec arthrose facettaire L4-S1 bilatérale, statut post décompression de L4 à S1 avec spino-laminectomie L4-L5 pour lipomatose et discarthrose étagée [M54.4]), une tendinopathie calcifiante des épaules avec arthrose acromio-claviculaire importante à droite (M75.1), des gonalgies droites (avec status post déchirure complète de la corne postérieure du ménisque médial [chondropathie de grade 1 avec légère synovite réactionnelle et kyste de Baker] et signes d'arthrose rétropatellaire [M25.5]), un épisode dépressif léger (F32.0), une surdité mixte bilatérale appareillée (avec probable ostosclérose et antécédents d'otite sécrétoire bilatérale avec paracentèse et mise en place de drain transtympanique en 2014 [H90.6]), une hypertension artérielle traitée (I10), une obésité (E66.99) ainsi qu'une insuffisance veineuse des membres inférieurs (I87.2). Ils ont unanimement estimé que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis le 8 mai 2013, il existait par contre une capacité de travail résiduelle de celui-ci de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pour rappel, « activité légère avec possibilité de changer de position principalement en position assise, sans travail avec les genoux pliés ou l'hyperextension du rachis, le port de charges de plus de 10 kg [pour le rachis], éviter les ports de charges avec le membre supérieur droit répétés au-delà de 3 kg et le travail prolongé le bras au-dessus du plan de l'horizontale), depuis la mi-décembre 2016 à savoir depuis la fin d'un stage COPAI.

c) Sur le plan somatique, le rhumatologue traitant (Dr B. _____) fait part de modifications intervenues depuis 2021 en relevant

l'existence d'une hernie discale sous-ligamentaire postéro et paramédiane en L4-L5 avec conflit sur la racine L5 droite dans son récessus latéral ainsi que d'un remaniement dégénératif multi-étagé avec un rétrécissement débutant du canal central de T12 à L4, d'une fasciite plantaire, d'une rupture partielle du biceps fémoral, d'une légère augmentation des dimensions cranio-caudales du foyer d'extrusion focale de matériel discal L4-L5 paramédian et foraminal droit, déplacé vers le bas, à l'origine d'un possible conflit avec les racines L4 droite dans son trajet intra-foraminal, L5 bilatéralement à leur émergence du sac théal, d'une progression de l'infiltration œdémateuse sous-chondrale des deux plateaux vertébraux adjacents à ces disques, d'une surcharge biomécanique postérieure, entourée d'une infiltration œdémateuse, témoignant de son caractère actif et d'un canal lombaire étroit d'origine mixte en L3-L4, de type C.

d) Au plan psychiatrique, depuis le début de la prise en charge ambulatoire, le psychiatre traitant (Dr T. _____) décrit une intensification des symptômes dépressifs avec une rumination d'idées noires, d'inutilité et d'incapacité mais sans qu'un projet de suicide ne soit identifié, une consommation d'alcool croissante secondaire au trouble de l'humeur accompagnée de troubles cognitifs chez le recourant pris dans la tourmente d'une procédure de séparation le contraignant à quitter le domicile conjugal. Les limitations fonctionnelles retenues sont des difficultés dans la gestion des émotions, une réduction du pragmatisme, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, une hypersensibilité au stress, une déficience de la concentration et de la mémoire secondaire au trouble de l'humeur, une réduction de la capacité de planification et des faibles ressources adaptatives. Lors d'un séjour hospitalier du 10 au 13 octobre 2023 à [...], les psychiatres du CHUV ont confirmé un diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) chez un patient qui présentait un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie ainsi qu'une diminution de l'activité sur au moins deux semaines, et ceci malgré une augmentation du traitement médicamenteux ambulatoire depuis 2021.

e) Les éléments précités s'inscrivent dans le sens d'une aggravation de l'état de santé, somatique (rhumatologique) et psychique, du recourant depuis l'expertise judiciaire pluridisciplinaire de 2021. Ils ne permettent toutefois pas à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause sur le caractère invalidant des nombreuses atteintes à la santé dont souffre le recourant. Avec la documentation médicale de son médecin traitant, ce dernier rend donc plausible une aggravation de son état de santé depuis l'expertise de 2021, qui a fondé le refus de réviser l'octroi de la demi-rente d'invalidité. En pareil cas, l'OAI ne pouvait se contenter d'un simple avis SMR sur dossier, mais devait poursuivre l'instruction en présence d'avis médicaux divergents. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de compléter son instruction sur le plan médical en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) indépendante au sens de l'art. 44 LPGA.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 16 octobre 2023 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'400 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé qui succombe (art. 10 et 11

du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

**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 16 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ une indemnité de 1'400 fr. (mille quatre cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Denis Dougoud (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :