

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Patricia Spack Isenrich,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Le 19 juillet 2006, W.____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], maçon, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 24 août 2006 par la société T.____, le contrat de travail a été résilié au 31 mars 2006. Le salaire horaire était de 25 fr. 60 en 2005 et depuis le 1^{er} janvier 2006 de 26 fr., l'horaire de travail étant basé sur une moyenne annuelle de 42 heures par semaine.

Dans un rapport du 12 juin 2006, le Dr Z.____, médecin généraliste, a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite avec canal lombaire étroit et hernie discale L5-S1, de status après hernie discale S1 gauche opérée en avril 2003 par micro-discectomie L4-L5 gauche par résection et fenestration L4-L5 gauche, ainsi que d'état dépressif. L'assuré était en incapacité totale de travail dans son activité de maçon depuis le 7 septembre 2005 en raison de lombosciatalgies bilatérales. Compte tenu de la persistance des douleurs du patient et de son inactivité, un état dépressif était apparu, nécessitant un traitement de Surmontil 25 mg.

Dans un rapport du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) du 27 novembre 2006, le Dr C.____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon, mais une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée obéissant de façon stricte aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 7,5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 3/4 d'heure sans possibilité de varier la position assise et debout, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, diminution du périmètre de marche au-delà de 3/4 d'heure, pas de position en porte-à-faux en

antéflexion du rachis contre résistance, pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de 5 hertz depuis février 2006).

L'assuré a effectué un stage au Centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) du 19 mars au 13 avril 2007. Dans leur rapport du 26 avril 2007, la directrice et le maître socioprofessionnel de ce centre ont en particulier exposé ce qui suit :

« Ne disposant pas de moyens pour mesurer la douleur, il nous est difficile d'évaluer quelle part objective de souffrance est bien réelle chez cet assuré et quelle part d'une éventuelle amplification de symptômes pourrait aussi intervenir dans cette situation. Quoi qu'il en soit, notre équipe de travail reste persuadée que l'attitude de cet homme n'obéit pas à une stratégie préméditée. A notre avis, M. W. _____ souffre réellement de douleurs que son mental ne lui permet pas de surmonter. Etant devenu totalement dépendant de sa souffrance, cet homme véhicule une existence où la qualité de vie s'est complètement effondrée.

6. Conclusion

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, nous ne pouvons pas formellement désavouer l'avis du SMR qui préconise une exigibilité de 80 % face à des activités adaptées. Cette capacité peut paraître, a priori, "théoriquement" correcte... mais nous ne l'avons jamais mesurée, tant s'en faut, dans nos ateliers. En l'occurrence, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles qui devraient être respectées, du faible niveau de formation de l'assuré et de son attitude particulière de dépendance extrême à la douleur, elle est pratiquement impossible à mettre en œuvre. »

Dans un rapport du 17 avril 2007, le Dr X. _____, médecin consultant au COPAI, a relevé que ce qui frappait surtout était l'ampleur des signes de non-organicité, qui attestaient d'un syndrome d'amplification de symptômes selon Matheson. A l'atelier, l'assuré était très démonstratif, plaintif, chutant à plusieurs reprises, attirant l'attention sur son pauvre sort, complètement pris dans ses douleurs, profondément persuadé d'être définitivement handicapé et se déplaçant de façon précautionneuse. Cette attitude ruinait ses rendements, très faibles, quelle que soit l'activité proposée. Le Dr X. _____ a ajouté que dans ces conditions, il ne voyait pas quel genre de travail pourrait encore faire l'assuré sans une amélioration sur le plan symptomatique.

Dans un rapport du 25 mai 2007, les Drs M. _____, Y. _____ et D. _____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au V. _____,

auxquels l'assuré avait été adressé pour un consilium, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur et de trouble somatoforme douloureux. Selon eux, la capacité de travail dans une activité adaptée était inférieure à 30 %. Ils ont en outre indiqué ce qui suit :

« Discussion :

Nous retenons d'une part un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. En effet, M. W._____ se plaint de douleurs diffusément localisées atteignant principalement son dos ainsi que toute la moitié droite du corps, de la tête aux pieds, avec un pied gauche décrit comme engourdi. Ses douleurs, présentes dès le 7 septembre 2005, seraient persistantes et d'intensité progressive depuis cette date, avec une exacerbation lors de toux et lors d'une manœuvre de Valsalva. Le patient assure avoir déjà bénéficié d'un traitement par infiltrations de Cortisone, lequel se serait révélé sans effet notable et suit actuellement un traitement médicamenteux avec Dafalgan 2 mg 3 x par jour, Brufen Retard, et Surmontil chaque soir, sans qu'aucune amélioration n'ait été constatée. Une origine organique ne paraît pas totalement exclue, mais l'intensité des douleurs, leur présentation, leur persistance malgré des antalgiques laissent penser que des facteurs psychologiques jouent un rôle pour expliquer ce tableau douloureux. Ces algies chroniques nuisent par ailleurs fortement à l'intégration sociale du patient. Celui-ci raconte par exemple que s'il ne pouvait plus conduire sa voiture que 30 min. par jour depuis quelques années, depuis sept mois environ il ne peut plus du tout la conduire. M. W._____ éprouve en outre d'énormes difficultés à faire sa toilette et ses besoins, ainsi que de marcher plus d'1/4 heure par jour. Ce sont donc son épouse et son fils qui doivent l'assister dans ses activités quotidiennes. A noter enfin que, habitant un immeuble sans ascenseur, le patient a même fait plusieurs chutes dans les escaliers et que, au plan sexuel par ailleurs, il dit souffrir de problèmes d'érection.

Il existe d'autre part une symptomatologie dépressive manifeste chez ce patient. Cet état dépressif paraît avoir été engendré par les douleurs chroniques et renforcé certainement par le vécu douloureux, dans un mouvement de circularité. Nous pouvons remarquer une tristesse persistante exprimée et ressentie, avec pleurs occasionnels incontrôlés, perte de capacité à éprouver du plaisir et de l'intérêt en général, perte de motivation dans ses loisirs, irritabilité et impatience croissantes ainsi que pertes de mémoire. Le patient souffre également d'un fort sentiment de dévalorisation, voire de culpabilité, notamment envers son fils qui s'occupe de tout et à l'égard duquel M. W._____ a honte de ne pouvoir servir de modèle. Le patient nourrit enfin des pensées de mort récurrentes, souhaitant que la mort vienne le libérer d'une vie considérée comme "foutue".

Bien que le pronostic thérapeutique soit sombre, l'adjonction d'un antidépresseur tel que le cymbalta 60 mg par jour pourrait peut-être soulager quelque peu le patient.

Malgré le fait qu'il exprime très vivement son vécu douloureux et qu'il existe peut-être même une tendance à les exagérer dramatiquement, nous ne voyons pas d'autres traits de personnalité susceptibles de nous faire conclure à un diagnostic de trouble de la personnalité histrionique. Il ne s'agit certainement pas non plus d'un

simulateur, mais sa difficulté à mettre en mot sa souffrance est telle que l'expression corporelle est bruyante.

Compte tenu d'une part de l'importance des handicaps occasionnés par ses douleurs, répertoriés ci-dessus, ainsi que d'autre part du syndrome dépressif associé, M. W. _____ n'est plus du tout capable d'exercer son métier de maçon. Par ailleurs, son extrême difficulté à se mobiliser, sa quasi-impossibilité à trouver une quelconque posture antalgique, son état dépressif et ses faibles ressources psychiques ne nous semblent guère compatibles avec l'éventualité d'une reconversion dans une autre profession. La capacité de travail dans un travail adapté à ces handicaps est certainement inférieure à 30 %, comme la tentative de stage de reconversion l'a déjà démontré. »

Dans leur rapport du 12 juin 2007, les Drs L. _____ et Q. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au P. _____, ont indiqué que l'intéressé souffrait de lombosciatalgies droites que l'on pouvait mettre en relation avec un canal lombaire étroit en L4-L5 et une sténose latérale de la racine L5 droite. Les lombalgies s'expliquaient aussi par une discopathie à deux étages en L4-L5 et L5-S1.

Dans un rapport du 21 novembre 2007, le Dr K. _____, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic de lombosciatique hyperalgique avec irradiation sciatique bilatérale, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant nulle dès le 7 septembre 2007. Le pronostic était sombre.

Les Drs C. _____ et J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR, ont examiné l'assuré le 6 mars 2008. Dans leur rapport du 11 mars 2008, ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques déficitaires sur le plan sensitif et des réflexes (M54.42) et ceux sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité de classe I avec IMC [indice de masse corporelle] à 31.8, de trouble somatoforme douloureux (F45.4) avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), ainsi que de dépression d'accompagnement sous forme d'une lassitude existentielle (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, F43.21). La capacité de travail était nulle dans l'activité de

maçon pour des raisons somatiques et de 70 % dans une activité adaptée depuis février 2006. Il résulte de leur rapport notamment ce qui suit :

« Sur le plan somatique (...).
(...)

En conclusion : cet assuré présente une atteinte à la santé sur le plan ostéoarticulaire sous la forme de troubles dégénératifs du rachis avec mise en évidence d'une récurrence de hernie discale L5-S1 associée à des troubles dégénératifs étagés. La globalité de la symptomatologie mise en avant par l'assuré ne peut s'expliquer par les lésions organiques objectives mises en avant par les documents radiologiques mis à disposition. L'examen clinique frappe essentiellement par une attitude caricaturale et démonstrative, à la limite histrionique de la part de l'assuré. L'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence de lésion objective significative sur le plan neurologique ou ostéoarticulaire, pouvant corroborer l'étendue des plaintes mises en œuvre par l'assuré. Un rapport de surveillance mandaté par la R. _____ Assurances met en évidence un assuré ne présentant aucune difficulté pour se mouvoir, selon les documents mis à notre disposition (entretien avec Monsieur O. _____ en date du 06.07.2007).

Au vu des atteintes à la santé présentées par l'assuré, l'activité antérieure de maçon est formellement contre-indiquée. De ce fait, une incapacité de travail totale dans ce domaine est à retenir. Une activité dite adaptée, qui tient compte des limitations fonctionnelles en relation directe avec les troubles somatiques objectifs est possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de tout au plus 30 %, au vu des limitations fonctionnelles retenues. La composante algique chronique (syndrome douloureux somatoforme versus amplification des plaintes) n'a pas été prise en considération pour établir la capacité de travail résiduelle sur le plan somatique. Une telle atteinte à la santé ne peut être considérée comme invalidante selon la jurisprudence, en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante, de comorbidité d'ordre psychiatrique à caractère invalidant ou de signe de gravité selon la jurisprudence.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de [...] ans, d'origine [...], établi en Suisse depuis l'an 2000.

Au bénéfice de 3 ans de scolarité et sans formation professionnelle, l'assuré exerce des activités lucratives non qualifiées jusqu'à un emploi de maçon dès le 17 mai 2004, qu'il exerce jusqu'à une mise en arrêt de travail totale le 6 septembre 2005 à la suite d'une chute banale.

Issu d'une famille nombreuse de 11 enfants, l'assuré est marié, il est père de 2 enfants adultes.

Son anamnèse psychiatrique apparaît comme vierge jusqu'à l'apparition d'une symptomatologie douloureuse chronique apparue subitement dans le contexte de cette chute du 6 septembre 2005. La personnalité de l'assuré est décrite comme modifiée, il devient triste, souffrant d'être malade bien qu'il ne puisse expliquer sa maladie. Il passe ses journées à errer au domicile, privilégiant les positions assise et couchée.

Sur le plan psychiatrique, le tableau surprend par une lassitude existentielle plus que par de réels symptômes dépressifs. L'assuré dit ne plus avoir envie de vivre, il se laisse aller dans un rôle de

dépendant dans une existence d'inactivité et de tristesse. Les critères stricts d'une maladie psychiatrique sévère ne sont pas remplis. Le tableau est parasité par une exagération incontestable et croissante des symptômes, qui ne s'appuie pas sur des critères objectifs.

Il est incontestable que l'assuré ne retravaillera plus, mais les éléments dépressifs sont à insérer dans le cadre du tableau de trouble somatoforme douloureux. Il n'y a pas de dépression endogène ni d'autre maladie psychiatrique qui pourrait porter préjudice à l'exigibilité professionnelle de l'assuré sur le plan strictement médical.

Face au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, l'assuré n'a donc pas de comorbidité psychiatrique à caractère strictement invalidant puisque les éléments dépressifs sont à inclure dans le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les affections corporelles chroniques sont décrites dans le versant somatique de cet examen, elles n'ont pas de caractère préoccupant. Le processus maladif s'étend depuis septembre 2005. Bien que l'assuré ait décrit une amélioration suite à une prise en charge à la S. _____ [ndlr : Service de psychiatrie du V. _____], il n'y a globalement pas de rémission durable. La perte d'intégration sociale est relative, l'assuré est très lié et sollicite beaucoup ses enfants notamment. Le processus défectueux de résolution de conflit n'est pas clairement établi mais, au vu de la charge émotionnelle que l'assuré exprime face à la prise de distance de la part de son père, cet éloignement pourrait être une hypothèse de l'affaiblissement des ressources propres de l'intéressé. Les traitements conformes aux règles de l'art sont perçus comme inefficaces, il n'y a pas de signe de non-coopération.

Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport de concilium psychiatrique de la S. _____ daté du 25.05.2007, mentionne des observations tout à fait superposables à celles perçues lors de l'examen de ce jour : la symptomatologie dépressive y est décrite comme engendrée par les douleurs chroniques et certainement renforcée par le vécu douloureux, dans un mouvement de circularité. Ce cercle vicieux continue, vraisemblablement en s'amplifiant. Une tendance à exagérer dramatiquement le vécu douloureux est également perçue lors de l'examen de ce jour, probablement en exacerbation car auto-entretenu. La frontière avec la simulation devient plus floue avec le temps.

Bien que l'assuré ne soit plus du tout capable d'exercer son métier de maçon et, vraisemblablement, pas disposé à reprendre une autre activité qui serait adaptée, la capacité de travail décrite dans ce rapport comme certainement inférieure à 30 %, correspond aux manifestations observées, elle ne tient pas compte des critères jurisprudentiels en vigueur.

Toutefois, une jurisprudence claire est imposée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, la dépression d'accompagnement fait partie de cette entité diagnostique, elle n'est pas considérée comme à caractère invalidant. En conséquence, l'examen psychiatrique de ce jour ne permet pas de reconnaître d'atteinte invalidante à la santé au sens de la LAI.

Les limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles somatiques : pas de port de charges supérieures à 5 kilos de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 15 à 20 min. sans possibilité de varier les positions

assises/debout, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable, pas d'activité en hauteur, diminution du périmètre de marche à environ 15 minutes. Limitations fonctionnelles psychiatriques : aucune sur le plan psychiatrique, si ce n'est celles liées au déconditionnement psychique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?
L'assuré a été mis en arrêt de travail total suite à une chute banale le 06.09.2005. L'arrêt de travail est médicalement justifié dans l'activité habituelle de maçon.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?
Sur le plan somatique, sur la base de l'examen clinique réalisé ce jour et l'étude des documents radiologiques mis à disposition, l'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de maçon de façon définitive. Une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %, au vu des limitations fonctionnelles précitées. Une telle activité peut être théoriquement mise en œuvre depuis février 2006 (date à laquelle l'assuré a été évalué sur le plan neurochirurgical avec absence de mise en évidence de lésion neurologique significative ou de trouble ostéoarticulaire à caractère incapacitant de longue durée dans une activité adaptée).

Sur le plan psychiatrique, l'assuré mentionne une modification de sa personnalité apparue d'une manière consécutive à la problématique douloureuse. Il devient triste et mentionne une importante réduction de sa vie quotidienne. Ces signes ne correspondent pas à une atteinte psychiatrique à caractère invalidant, mais au tableau dépressif classiquement accompagnateur d'un trouble somatoforme douloureux. Etant donné l'absence de comorbidité psychiatrique en dehors des éléments dépressifs d'accompagnement, l'exigibilité professionnelle reste totale au sens de la jurisprudence actuelle. »

Le 21 mai 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un quart de rente depuis le 1^{er} septembre 2006, compte tenu d'une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de trois-quarts d'heure sans possibilité de varier la position assise-debout, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, diminution du périmètre de marche au-delà des trois-quarts d'heure, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de 5 hertz). Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, il résultait une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 40.36 % ouvrant le droit à un quart de rente.

Le 23 janvier 2009, T._____ a écrit à l'OAI qu'en 2006, l'assuré aurait touché un salaire horaire brut de 26 fr., ainsi qu'un treizième salaire, l'horaire hebdomadaire étant de 42 h 50.

Le 22 octobre 2009, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision annulant et remplaçant celui du 21 mai 2008, par lequel il a finalement retenu un taux d'invalidité de 34 % après comparaison des revenus, niant dès lors le droit à la rente.

Le 27 novembre 2009, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a produit un rapport établi le 28 avril 2009 par le Dr B._____, radiologue, à la suite d'une IRM du genou gauche, et concluant à un défaut cartilagineux étendu au niveau du condyle fémoral interne, avec plusieurs petits fragments cartilagineux dans le récessus supra-patellaire et une surcharge dégénérative du condyle interne ainsi qu'à une chondropathie notamment sur le versant antéro-inférieur du condyle interne dans l'échancrure, ainsi qu'à l'absence de déchirure méniscale. L'assuré a également produit un rapport du 14 juillet 2009 du Service d'orthopédie et de traumatologie du V._____ posant les diagnostics de défaut cartilagineux assez étendu au niveau du condyle fémoral interne avec des fragments libres diagnostiqués par IRM, une arthroscopie avec nettoyage des foyers des lésions ostéochondrales étant proposée.

Dans un avis médical du 8 février 2010, la Dresse SS._____ du SMR a relevé que l'arthroscopie du genou gauche effectuée le 22 septembre 2009 constituait un fait nouveau, dont il devait être tenu compte dans la définition des limitations fonctionnelles. L'instruction devait être complétée en ce sens auprès du chirurgien orthopédiste.

Dans un rapport du 25 mars 2010, le Dr HH._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au LL._____, a posé les diagnostics de gonarthrose gauche et de suspicion d'une maladie de Sudeck. L'implantation d'une prothèse totale du genou était proposée.

Dans un rapport du 11 mai 2010, le Dr BB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au LL._____, a posé les diagnostics de gonarthrose gauche, lombalgies et suspicion d'algoneurodystrophie. Il a exposé que l'assuré avait consulté le 13 juillet 2009 pour des gonalgies gauches non traumatiques depuis environ quatre mois, des douleurs mécaniques et également nocturnes et des épanchements à répétition. Il a indiqué que l'IRM et l'arthroscopie pratiquée en ambulatoire le 22 septembre 2009 avaient confirmé le constat de chondropathie de stade III de la trochlée et fémoro-tibiale interne, une algoneurodystrophie traitée au Miacalcic étant suspectée. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de maçon. L'assuré devait éviter le travail en position debout et privilégier la position alternée avec prédominance d'un travail assis, monter le moins possible des escaliers et ne pas soulever de charge supérieure à 5 kg. L'assuré devait également éviter les activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), de monter sur une échelle ou un échafaudage ou de travailler accroupi ou à genoux.

Le 3 septembre 2010, le Dr K._____ a répondu comme suit aux questions posées par l'OAI :

« 1. Quelle est la clinique actuelle ?

Le patient se plaint actuellement de douleurs des deux genoux, notamment du genou gauche où l'indication d'une arthropathie est discutée.

La douleur est réputée insupportable au niveau lombaire avec une irradiation au niveau du rachis, sur la gauche atteignant le haut du dos, ainsi que le membre supérieur droit, la nuque et l'hémiface droite. Il indique aussi une irradiation le long du membre inférieur droit.

2. Une arthroplastie totale du genou gauche est-elle envisagée ?

• Si oui, pour quelle date ?

• Sinon, quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (en %), et à partir de quelle date ?

La position du V._____ me paraît ambiguë, merci de vous renseigner dans ce service pour obtenir plus d'information.

Le patient insiste à chaque consultation pour dire la péjoration et l'augmentation de son handicap. Il est quasi-impossible au médecin traitant, dans ces conditions, de statuer clairement sur la capacité de travail théorique. Une expertise dans un milieu approprié devrait être mise sur pied.

Il est impossible de statuer sur la base des instruments institutionnels et techniques mis à disposition du médecin généraliste.

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Douleur à la marche. Le patient déclare que toute activité quelle qu'elle soit provoque des douleurs. »

Dans un rapport du 5 octobre 2010, les Drs GG._____, rhumatologue, et TT._____, médecin assistant à l'Unité du rachis du V._____, ont posé les diagnostics d'arthrose à localisations multiples anamnestique et de cervicalgies et lombalgies chroniques récidivantes : troubles dégénératifs lombaires pluri-étagés, déconditionnement physique global et focal et dysbalances musculaires étagées prédominant au niveau lombo-pelvi-bicrural. Comme comorbidités, ils ont mentionné des antécédents de maltraitance infantile, une hernie discale L4-L5 opérée en 2003, l'ablation d'un corps libre du genou gauche en 2009, une hyperplasie bénigne de la prostate et une hypovitaminose D substituée.

Le 13 octobre 2010, l'assuré a informé l'OAI qu'il renonçait en l'état à la pose d'une prothèse totale du genou, un taux de réussite suffisant ne pouvant être garanti par les médecins.

Le 21 mars 2011, le Dr BB._____ a écrit ce qui suit à l'OAI :

« 1. Clinique actuelle :

En date du 28.02.2011, status quo avec douleur du compartiment fémoro-patellaire et du compartiment interne à gauche, d'allure mécanique. Syndrome fémoro-patellaire sur rétraction des chaînes postérieures.

2. Capacité de travail dans une activité adaptée :

Probablement du 80 %.

3. A partir de quelle date ?

01.03.2011.

4. Limitations fonctionnelles dans une activité adaptée :

Station debout prolongée à éviter, ainsi que les marches sur terrains irréguliers ainsi que dans les escaliers. Limiter également le port de charges lourdes. »

Dans un avis médical du 4 avril 2011, le Dr RR._____ du SMR a indiqué que l'arthroscopie du genou gauche justifiait une incapacité de travail totale du 22 septembre 2009 au 28 février 2011 et qu'à partir du 1^{er} mars 2011, on se retrouvait dans la configuration antérieure, à savoir

qu'il existait une incapacité de travail totale comme aide-maçon, et une exigibilité de 70 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles concernant le dos et le genou étant celles retenues lors de l'examen bidisciplinaire du SMR du 11 mars 2008. Il a ajouté que les observations antérieures confirmaient que des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec.

Le 14 juin 2011, l'OAI a établi un projet d'acceptation de rente remplaçant celui du 22 octobre 2009, à teneur duquel la capacité de travail demeurait de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % à partir de février 2006 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de trois-quarts d'heure sans possibilité de varier la position assise-debout, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, diminution du périmètre de marche au-delà des trois-quarts d'heure, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de 5 hertz). Après comparaison des revenus, avec un abattement de 15 % sur le revenu avec invalidité, il en résultait un degré d'invalidité de 34 %. A la suite de la péjoration de l'état de santé le 22 septembre 2009, l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail jusqu'au 28 février 2011. L'incapacité de travail moyenne sur une année s'élevait à 46 % au 1^{er} novembre 2009, ouvrant ainsi le droit à une rente au plus tôt à cette date. Ainsi, le droit à un quart de rente lui était reconnu du 1^{er} novembre 2009 au 31 janvier 2010, puis à une rente entière du 1^{er} février 2010 au 31 mai 2011, et finalement, le droit à la rente n'était plus ouvert, compte tenu d'une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée.

L'assuré a contesté ce projet.

Dans un avis médical du 24 août 2011, le Dr RR. _____ du SMR a estimé que les conclusions des médecins du SMR étaient fondées sur un examen clinique bidisciplinaire, rhumato-psychiatrique, réalisé par deux spécialistes en 2008, ainsi que sur l'appréciation ultérieure du Dr

BB._____, chirurgien orthopédiste. Il en a conclu que l'instruction était satisfaisante.

Par décision du 1^{er} décembre 2011, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente du 1^{er} novembre 2009 au 31 janvier 2010 et une rente entière du 1^{er} février 2010 au 31 mai 2011, le droit à la rente n'étant plus ouvert par la suite. Cette décision était fondée sur les mêmes motifs que ceux évoqués dans le projet de décision du 14 juin 2011.

B. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 16 janvier 2012.

Par arrêt du 27 juin 2013 (cause AI 13/12 - 124/2013), la Cour a admis le recours de l'assuré et réformé la décision du 1^{er} décembre 2011 en ce sens que lui était octroyé un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2006, une rente entière dès le 1^{er} décembre 2009, puis à nouveau un quart de rente dès le 1^{er} juin 2011, sans limitation dans le temps. Sur le plan somatique, elle s'est ralliée aux conclusions du rapport du 11 mars 2008 des Drs C._____ et J._____ du SMR, en précisant que l'affection au genou ne les avait pas modifiées en dehors de la période du 22 septembre 2009 au 28 février 2011. Sur le plan psychiatrique, elle a considéré que le rapport du 11 mars 2008 précité disposait également d'une valeur probante. A cet égard, elle a notamment retenu ce qui suit :

« b) aa) Sur le plan psychiatrique, le recourant critique également le rapport du 11 mars 2008 des Drs C._____ et J._____. Il soutient que l'on ne saurait expliquer qu'un médecin écrive que l'assuré est collaborant, ce qui ressort de tous les documents du dossier, et quelques lignes plus loin qu'il est fait mention de phénomènes d'amplification des plaintes à but asséculo-logique. Il est d'avis que ce jugement de valeur n'est absolument pas étayé. Il estime qu'en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux des questions précises auraient dû être posées par l'OAI, ce qui n'a jamais été le cas, et qu'il n'incombe pas au corps médical de se déterminer sur une application de la jurisprudence comme le font à plusieurs reprises les médecins du SMR.

Ces praticiens ont indiqué en effet au status que le recourant était de présentation correcte, orienté et collaborant (p. 7 du rapport du 11 mars 2008). Ce faisant, ils ont observé que le recourant n'avait pas manifesté d'opposition à l'examen mais y avait participé aisément. Par ailleurs, ils ont retenu le diagnostic de troubles somatoformes douloureux avec majoration des symptômes

physiques pour des raisons psychologiques. Au cours de leurs explications de ce diagnostic (p. 9 du rapport), ils ont notamment fait part de leurs constatations, en particulier de la mise en évidence de signes comportementaux à savoir cinq signes sur cinq selon Waddell, ceux-ci étant en faveur d'un processus de type non organique. C'est dans ce cadre qu'ils ont considéré que la globalité de la symptomatologie présentée par le recourant pouvait s'intégrer dans un syndrome de type somatoforme douloureux, versus phénomène d'amplification des plaintes à but asséculo-logique. On ne saurait y voir de contradiction.

En ce qui concerne les questions que l'OAI aurait dû poser, le recourant ne mentionne pas lesquelles. Il n'indique pas non plus sur quels autres points que ceux traités l'examen médical effectué par les Drs C. _____ et J. _____ aurait dû porter.

Enfin, la référence dans le rapport à la jurisprudence s'agissant de l'appréciation du trouble somatoforme est usuelle lors de l'examen de ce type de trouble et n'est pas de nature à porter atteinte à la valeur probante de ce rapport. Dite jurisprudence se fonde du reste sur la doctrine médicale (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1).

bb) Le recourant soutient que l'état dépressif dont il souffre ne résulte pas du trouble somatoforme douloureux mais constitue un diagnostic indépendant dont il faut tenir compte, le Dr M. _____ ayant retenu celui d'épisode dépressif majeur. Le recourant déclare souffrir depuis huit à neuf ans dans les relations avec les membres de sa famille, notamment de la prise de distance avec son père depuis son mariage, que le médecin relève qu'il est triste de cet éloignement et qu'il a depuis lors envie de mourir. Il rappelle avoir en outre indiqué avoir subi une totale modification de sa personnalité depuis sa chute du 6 septembre 2005 et qu'un tentamen avait eu lieu en 2005. Il ajoute que même si l'on considère que ce trouble ne constitue pas une comorbidité psychiatrique, les autres critères sont remplis à savoir qu'il souffre d'affections corporelles chroniques, que tous les traitements entrepris n'ont pas permis d'atténuer la douleur, que mis à part le cercle restreint de sa famille proche, il n'a plus vraiment de contacts sociaux avec l'extérieur et que les médecins sont unanimes pour indiquer que son état psychique est cristallisé sans évolution possible par une aide thérapeutique.

Il en déduit que le trouble somatoforme est invalidant, n'ayant manifestement pas les moyens psychologiques de surmonter sa douleur, ce que le COPAI relevait déjà selon lui.

(...)

Les Drs M. _____, Y. _____ et D. _____ dans leur rapport du 25 mai 2007, ont posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, retenant l'existence d'une symptomatologie dépressive manifeste leur paraissant avoir été engendrée par les douleurs chroniques et renforcée par le vécu douloureux, dans un mouvement de circularité. Ils ont en outre noté une tristesse persistante exprimée et ressentie, avec pleurs occasionnels incontrôlés, perte de capacité à éprouver du plaisir et de l'intérêt en général, perte de motivation dans ses loisirs, irritabilité et impatience croissantes ainsi que pertes de mémoire. Ils ont également relevé que le recourant souffrait d'un fort sentiment de dévalorisation, voire de culpabilité, notamment envers son fils qui s'occupait de tout et à l'égard duquel il avait honte de ne pouvoir servir de modèle, le recourant nourrissant enfin des pensées de mort récurrentes. Ils ont également évoqué

l'hypothèse d'une tendance du recourant à exagérer dramatiquement son vécu douloureux, sans toutefois retenir la possibilité d'une simulation.

Les Drs C._____ et J._____ ont posé le diagnostic de dépression d'accompagnement sous forme d'une lassitude existentielle (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée), ce diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail. Comme les Drs M._____, Y._____ et D._____, ils ont retenu que l'anamnèse psychiatrique apparaissait comme vierge jusqu'à l'apparition subite d'une symptomatologie douloureuse chronique dans le contexte de la chute du 6 septembre 2005. Ils ont expliqué que certes le tableau surprenait par une lassitude existentielle, le recourant disant ne plus avoir envie de vivre et se laissant aller dans un rôle de dépendant dans une existence d'inactivité et de tristesse mais que les critères stricts d'une maladie psychiatrique sévère n'étaient toutefois pas remplis, le tableau étant parasité par une exagération incontestable et croissante des symptômes qui ne s'appuyait pas sur des critères objectifs, la frontière avec la simulation devenant plus floue avec le temps. Ils ont en outre indiqué que les éléments dépressifs étaient à insérer dans le cadre du tableau de trouble somatoforme douloureux.

Ainsi, les spécialistes en psychiatrie estiment tous que le trouble psychique dont souffre le recourant est consécutif à l'apparition de la symptomatologie douloureuse, ce qu'observait du reste également le Dr Z._____ dans son rapport du 12 juin 2006. Les Drs C._____ et J._____ comme le Dr X._____ ont constaté une amplification des symptômes, hypothèse envisagée par les médecins du département de psychiatrie, raison pour laquelle les médecins du SMR n'ont pas retenu de trouble psychique sévère. Il y a lieu de relever en outre que le recourant n'est pas suivi par un spécialiste, ce qui aurait dû être le cas s'il était atteint d'un trouble psychique grave. Il y a en conséquence lieu de retenir le diagnostic de dépression d'accompagnement sous forme d'une lassitude existentielle posé par les Drs C._____ et J._____. Force est dès lors de constater que le trouble dont est atteint le recourant ne présente pas les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste du trouble somatoforme.

Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celui-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années, toutefois, celle-ci est modérée dès lors que la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée avec un rendement réduit de 30 % excepté pendant la période du 22 septembre 2009 au 28 février 2011. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, le recourant a des relations suivies avec ses enfants et sa relation de couple apparaît bonne. En ce qui concerne le processus défectueux de résolution de conflit, il n'est pas clairement établi selon les Drs C._____ et J._____, qui évoquent uniquement comme une hypothèse de l'affaiblissement des ressources propres du recourant la prise de distance de la part de son père. Il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou

stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Si, sur le plan somatique, le recourant a suivi des traitements, sur le plan psychique, il n'a pas consulté de psychiatre. A cela s'ajoute que les médecins ont relevé une discordance majeure entre les plaintes subjectives très importantes et les constatations cliniques et radiologiques discrètes.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée de lui.

En conséquence, les conclusions des médecins du département de psychiatrie du V. _____ selon lesquelles une capacité de travail dans un travail adapté aux handicaps du recourant étaient certainement inférieure à 30 % ne sauraient être suivies, au contraire de celles des Drs C. _____ et J. _____.

c) Vu ce qui précède, le rapport médical de ces praticiens, qui comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, résulte d'une étude approfondie du cas du recourant et dont les conclusions sont claires et bien motivées a valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une réduction de rendement de 30 % dès le 6 septembre 2005 et une incapacité de travail totale du 22 septembre 2009 au 28 février 2011. »

Sur le plan économique, la Cour de céans a considéré, contrairement à l'OAI, que l'âge de l'assuré, à savoir 55 ans à la date de la décision attaquée, justifiait un abattement de 10 % du revenu avec invalidité. En comparant le revenu avec invalidité ainsi obtenu avec celui sans invalidité, elle a abouti à un degré d'invalidité de 40.04 %, ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2006. Le recourant avait en outre droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2009, soit après trois mois d'aggravation, au 31 mai 2011, puis à un quart de rente dès le 1^{er} juin 2011, à savoir après trois mois d'amélioration.

Par décisions du 5 décembre 2013, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente du 1^{er} septembre 2006 au 30 novembre 2009, à une rente entière du 1^{er} décembre 2009 au 31 mai 2011, puis à un quart de rente à compter du 1^{er} juin 2011, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 27 juin 2013.

C. Le 29 avril 2015, l'assuré a déposé une demande de révision, à l'appui de laquelle il a indiqué présenter une dépression et une humeur triste depuis 2006, avoir mal partout, à la nuque, au bras droit depuis

2005, souffrir de lombalgies, de douleurs aux genoux, au bras gauche, ainsi que de fourmillements dans les deux pieds depuis 2007. Il a également fait état d'obésité, de problèmes à l'estomac depuis 2005, de difficultés à uriner depuis 2009, de maux de ventre avec du sang dans les selles et d'insomnies.

Le 5 août 2015, le Dr K. _____ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics suivants :

« Status après arthroscopie du genou G [gauche], lombalgie post-chirurgie hernie discale en 2003, surcharge pondérale : poids 99.7 kg, taille 171 cm, syndrome métabolique, état dépressif, troubles de la personnalité (?), probables troubles cognitifs mineurs, reflux digestif, adénome prostate, douleur abdominale d'origine x, sang selles 1x sur trois : positif le 20.11.2013, insomnies à longue durée, polype sessile 5 mm sigmoïde : 01.02.2012, dolichocôlon : 01.02.2012, gastro-antro-bulbite et helicobacter pilori positif le 25.04.2012, anite. »

Le Dr K. _____ a décrit une aggravation de l'état de santé « dans tous les compartiments » de manière progressive, essentiellement basée sur un status psychiatrique. L'incapacité de travail était totale et pour une longue durée. Il a également fait état de prostration, d'abattement, de troubles somatoformes majeurs et de possibles troubles cognitifs légers associés.

Sur le questionnaire pour la révision de la rente qu'il a complété le 26 août 2015, l'assuré a indiqué qu'il avait « plus de douleurs partout » depuis septembre 2009.

Le 24 octobre 2015, le Dr K. _____ a encore précisé que l'on ne pouvait exiger de l'intéressé que 30 à 45 minutes d'activités. Celui-ci souffrait de douleurs généralisées, de troubles de la concentration et de la mémorisation, et était déprimé. Depuis l'octroi de la rente, l'état de santé s'était aggravé. S'agissant des symptômes actuels, il a expliqué que le patient présentait des douleurs lombaires irradiant vers le haut, des cervico-brachialgies à droite, des douleurs aux deux genoux, aux épaules, aux poignets, des fourmillements, des céphalées, des vertiges, des troubles de la vue, une précordialgie, des brûlures dans les jambes, une

dysurie, des mictions impérieuses, ainsi qu'une pollakiurie. La capacité de travail était nulle dans toute activité avec, comme limitations fonctionnelles, une aboulie, des douleurs généralisées, ainsi qu'une incapacité à se plier à une structure professionnelle complexe. Le pronostic était sombre.

Par avis médical du 21 mars 2016, le Dr G._____ du SMR a relevé que les diagnostics somatiques énumérés n'étaient pas susceptibles d'être incapacitants dans une activité adaptée. En outre, le traitement comprenait des antalgiques légers et du Cymbalta, comme auparavant. Il n'y avait pas de fait nouveau, tant au point de vue des douleurs que de la problématique psychiatrique.

Par projet de décision du 12 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser d'augmenter sa rente d'invalidité, au motif que les éléments apportés ne permettaient pas de prendre en compte une aggravation objective de son état de santé.

Le 27 avril 2016, l'intéressé, alors représenté par Fortuna, a contesté le projet de décision. Il a complété ses déterminations le 24 mai 2016 en produisant les pièces suivantes :

- un rapport du 13 novembre 2014 des Drs H._____, psychiatre, et F._____, cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du V._____, posant les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode dépressif sévère chronique avec symptômes psychotiques, et de trouble somatoforme douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Ils expliquaient reconduire les diagnostics posés par leurs confrères dans leur rapport du 25 mai 2007. L'assuré présentait une incapacité de travail en raison de ses symptômes douloureux et dépressifs qui l'handicapaient dans chacun des aspects de sa vie et l'empêchaient d'effectuer les tâches les plus simples ;

- un rapport du 23 avril 2015 du Dr MM._____, urologue, retenant les diagnostics de prostatisme invalidant avec hypertrophie bénigne de la prostate de degré 2. Il relevait une augmentation de la fréquence des mictions avec des impériosités entraînant parfois une incontinence urinaire ;
- un rapport du 25 juin 2015 de la Dresse AA._____, psychiatre traitante de l'assuré depuis le 10 décembre 2014, posant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le patient trouvait ressource au sein de sa famille. Les symptomatologies douloureuses et dépressives étaient toujours au premier plan, marquées par des douleurs persistantes, intenses, s'accompagnant d'un sentiment de détresse constituant en permanence la préoccupation essentielle du patient, ainsi qu'un sentiment de tristesse, une asthénie, sans aboulie ni anhédonie. Il évoquait également des troubles du sommeil. Le pronostic était réservé et la reprise d'une activité professionnelle peu probable ;
- un rapport du 13 janvier 2016 de la Dresse II._____, radiologue, consécutif à un scanner thoracique, constatant des adénopathies médiastinales moyennes et hilaires à reconstrôler d'ici un an, ainsi qu'une légère élongation et ectasie de l'aorte ascendante. Il n'y avait pas de lésion parenchymateuse pulmonaire suspecte ;
- un rapport du 8 mars 2016 du Dr OO._____, radiologue, faisant suite à une IRM de l'épaule droite, concluant à un remaniement de type arthrosique inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire avec aspect effiloché de la surface articulaire superficielle du tendon du supraspinatus avec signes de bursite sous-acromial d'accompagnement ;
- un rapport du 20 mai 2016 du Dr K._____, en réponse aux questions de Fortuna, indiquant qu'il y avait eu « une progression de la maladie de manière insidieuse », que la capacité de travail était nulle dans toute activité et que le pronostic était sombre. Il retenait, outre les diagnostics déjà posés dans son rapport du 5 août 2015,

ceux de lombo-pygialgies chroniques avec troubles dégénératifs L5-S1, de gonalgies bilatérales, de douleurs de l'épaule droite avec probable tendinopathie et de probable hémorroïdaire.

Par avis médical du 6 juin 2016, le Dr G._____ du SMR a relevé que les problèmes rachidiens étaient déjà connus. Il n'y avait aucun élément susceptible d'étayer l'annonce d'une aggravation insidieuse. Les douleurs situées dans diverses localisations n'étaient pas mises en rapport avec une pathologie somatique, sauf s'agissant d'une tendinite du sus-épineux de l'épaule droite, qui n'était traitée qu'avec du paracétamol et ne semblait nécessiter ni infiltration, ni consultation rhumatologique. Le prostatisme n'était pas incapacitant et un traitement d'alpha-bloqueur avait toutes les chances d'amener une amélioration. Les adénopathies pulmonaires n'étaient pas inquiétantes et ne nécessitaient qu'un seul contrôle à une année. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de la personnalité avait auparavant été exclu par le Dresse J._____ du SMR. En outre, le trouble dépressif décrit par cette spécialiste était en amélioration, la Dresse AA._____ ne l'ayant plus retenu. Les idées suicidaires avaient disparu. Pour le surplus, il n'y avait pas de grande différence avec ce qui avait été décrit par la Dresse J._____.

Par décision du 16 juin 2016, l'OAI a confirmé le refus d'augmentation de la rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, il a expliqué qu'aucun élément médical ne permettait de conclure à une aggravation de l'état de santé.

D. Par acte du 15 août 2016, W._____, désormais représenté par Me Patricia Spack Isenrich, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 23 octobre 2015, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Il s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé, tant du point de vue somatique que psychique. Il a expliqué souffrir d'un trouble somatoforme douloureux, ainsi que d'un trouble dépressif sévère générant une incapacité totale de travail. Il a renvoyé au rapport du 12 avril 2016 du Dr DD._____.

spécialiste en médecine physique et réadaptation, joint en annexe, lequel posait les diagnostics de syndrome douloureux chronique avec lombopyalgies chroniques avec troubles dégénératifs L5-S1, de gonalgies bilatérales à prédominance gauche avec un statut post-arthroscopie, de douleurs de l'épaule droite avec probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de déconditionnement physique global et focal. Le recourant a déduit que les comorbidités citées par ce médecin (obésité, syndrome métabolique, état dépressif, trouble de la personnalité, adénome de la prostate, troubles du sommeil, polype du sigmoïde et dolichocôlon, antécédent de gastro-antro-bulbite) avaient un impact négatif sur ses ressources adaptatives. De plus, ses atteintes à la santé se manifestaient dans tous les domaines importants de la vie. Dès lors, le caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux devait être reconnu. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 21 janvier 2015 du Dr ZZ._____, spécialiste en dermatologie et en vénéréologie, posant les diagnostics d'érythème péri-anal léger et de notion anamnestique évoquant des hémorroïdes internes ;
- un rapport du 5 février 2015 du Dr XX._____, gastro-entérologue, constatant que l'examen proctologique et l'endoscopie étaient sans particularité ;
- un courriel du 20 février 2015 de la Dresse AA._____ au Dr K._____, l'informant que le patient lui avait fait part d'un abus médicamenteux avec du Dafalgan. Le patient affirmait toutefois ne pas avoir de projet suicidaire et décrivait son geste comme un appel à l'aide ;
- un rapport du 23 juin 2016 de la Dresse AA._____, en réponse à Fortuna, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). La capacité de travail était nulle et n'avait pas évolué depuis le début du suivi, le 26 novembre 2014. La

symptomatologie était stable depuis le début, malgré l'augmentation de la médication. Les symptômes douloureux et dépressifs handicapèrent le patient dans chacun des aspects de sa vie et l'empêchèrent d'effectuer les tâches les plus simples. Le pronostic était réservé.

Par décision du 29 août 2016, la juge alors en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 août 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Patricia Spack Isenrich.

Dans sa réponse du 26 septembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Les 24 octobre et 10 novembre 2016, les parties ont maintenu leur position.

Le 3 janvier 2017, le recourant a produit un rapport du 7 décembre 2016 de la Dresse YY._____, psychiatre, et de WW._____, psychologue au V._____. Ils ont relevé que la symptomatologie serait présente depuis 2005, mais se serait péjorée ces derniers mois à la suite d'un refus de la part de l'OAI d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré. Ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode dépressif sévère chronique, de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, ainsi que de retard mental léger. Ce nouveau diagnostic expliquait la persistance de la symptomatologie dépressive et douloureuse, ainsi que l'incapacité de travail à 100 % en résultant. Les deux autres diagnostics étaient les mêmes que ceux retenus par les Drs H._____, et F._____ dans leur rapport du 13 novembre 2014. L'assuré présentait en effet des symptômes similaires à ceux existant en 2014. La douleur ressentie par le patient altérait son fonctionnement dans tous les domaines importants de sa vie et était associée à des facteurs psychologiques qui aggravaient ses douleurs, mais également à de l'arthrose.

Le 20 février 2017, l'OAI s'est référé à l'avis du 30 janvier 2017 du Dr G._____ du SMR, joint en annexe. Celui-ci relevait que le retard mental léger s'était constitué durant l'enfance et que l'assuré avait été capable de travailler dans des activités ne nécessitant pas des capacités intellectuelles élevées. En outre, le rapport du 7 décembre 2016 du V._____ faisait état d'un état réactionnel à la décision de l'OAI de refuser l'augmentation de la rente d'invalidité.

Le 2 mars 2017, le recourant a répété que son trouble somatoforme douloureux était invalidant.

Le 16 mai 2017, il a encore produit un rapport du Dr JJ._____, radiologue, établi à la suite d'une IRM des deux genoux réalisée le 19 avril 2017, concluant à une arthrose prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne des deux genoux, avec chondropathie avancée pour le genou gauche et modérée pour le genou droit.

Se déterminant le 26 juin 2017 à ce sujet, l'OAI s'est référé à un avis du Dr G._____ du SMR du 13 juin 2017, lequel relevait que la gonarthrose était déjà connue à gauche depuis 2010, ayant déjà fait évoquer une possible arthroplastie. S'agissant du genou droit, au vu de la médication suggérée, l'importance des douleurs due à la gonarthrose n'était pas telle qu'elle empêcherait l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne des genoux.

Le 21 août 2017, le recourant a maintenu ses conclusions.

Le 8 mars 2018, Me Spack Isenrich a produit la liste de ses opérations.

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

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

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions du 5 décembre 2013 –

qui lui ont reconnu le droit à un quart de rente du 1^{er} septembre 2006 au 30 novembre 2009, à une rente entière du 1^{er} décembre 2009 au 31 mai 2011, puis à un quart de rente à compter du 1^{er} juin 2011, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 27 juin 2013 - et la décision litigieuse.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. Selon l'art. 17 al. 1 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.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des

circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. 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 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

En vertu 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 ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une

atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une

constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

6. En l'occurrence, le recourant soutient que son état s'est péjoré et qu'il devrait dès lors être mis au bénéfice d'une rente entière.

Or il sied de constater que sa situation est superposable à celle qui prévalait lorsqu'ont été rendues les décisions du 5 décembre 2013.

a) Sur le plan somatique, les cervicalgies et les lombalgies chroniques avec troubles dégénératifs sont présentes depuis de nombreuses années (cf. notamment rapport du 11 mars 2008 des Drs C._____ et J._____ du SMR, rapport du 5 octobre 2010 des Drs GG._____ et TT._____). Ceci ne constitue donc pas une atteinte nouvelle. La capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues dans les décisions du 5 décembre 2013 prenaient déjà en compte les atteintes rachidiennes. Une aggravation ne ressort pas non plus des pièces au dossier.

Les douleurs aux genoux sont également connues. S'agissant du genou gauche, l'assuré a consulté des spécialistes pour ce motif dès 2009. Il a subi une arthroscopie le 22 septembre 2009. L'arthrose et la chondropathie avancée du compartiment fémoro-tibial interne, dont le recourant se prévaut, ont été diagnostiquées à cette période (cf. notamment rapport du 25 mars 2010 du Dr HH._____, rapport du 11

mai 2010 du Dr BB.______). En outre, le Dr K.______ rapportait déjà le 3 septembre 2010 que son patient se plaignait de douleurs aux deux genoux, ainsi que de douleurs à la marche. Les atteintes aux genoux ont elles aussi déjà été prises en considération dans le cadre des limitations fonctionnelles du recourant (cf. avis médical du 4 avril 2011 du Dr RR.______ du SMR). Tel que relevé par le Dr G.______ du SMR, le développement de la gonarthrose avec le temps n'est pas tel qu'il puisse représenter un facteur incapacitant dans une activité adaptée (cf. avis médical du 13 juin 2017).

En outre, les différentes manifestations décrites par le Dr K.______ dans son rapport du 24 octobre 2015, soit les céphalées, les vertiges, ainsi que la sensation de fourmillements et de brûlures, ne sont pas nouvelles, puisqu'elles avaient été relevées par les Drs C.______ et J.______ du SMR dans leur rapport du 11 mars 2008. Il en va de même des troubles du sommeil, l'assuré ayant notamment expliqué à ces médecins à l'époque ne pas dormir plus d'une demi-heure d'affilée (cf. p. 4 du rapport précité). Il avait encore décrit se lever trois à quatre fois par nuit avec une peine à se rendormir, « se tourner dans le lit toute la nuit », ne pouvoir s'endormir qu'à partir de six heures du matin, ne pas avoir sommeil durant la nuit et ne pas dormir pendant la journée. Les médecins avaient quant à eux relevé qu'il n'y avait ni somnolence, ni cernes, ni autres signes d'épuisement (cf. p. 8 du rapport). Par ailleurs, les Drs C.______ et J.______ avaient déjà retenu le diagnostic d'obésité. Quant au déconditionnement physique global et focal décrit par le Dr DD.______ dans son rapport du 12 avril 2016, il était déjà présent en tous cas depuis 2010 (cf. rapport du 5 octobre 2010 des Drs GG.______ et TT.______).

Concernant les douleurs à l'épaule droite, dues à une tendinite, il y a lieu de relever avec le Dr G.______ que le traitement se limite à du paracétamol et qu'il ne ressort d'aucune pièce au dossier qu'une infiltration ou une consultation rhumatologique s'avèrent nécessaires (cf. avis médical du 6 juin 2016). Dans ces conditions, cette

atteinte ne peut constituer à elle seule un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant.

Il en va de même des adénopathies constatées par la Dresse II._____ dans son rapport du 13 janvier 2016. En effet, selon cette spécialiste, elles n'imposaient qu'un nouveau contrôle à effectuer dans une année.

Quant au prostatisme diagnostiqué par le Dr MM._____ dans son rapport du 23 avril 2015, il sied de considérer, à l'instar du Dr G._____, qu'il ne constitue pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité (cf. avis médical du 6 juin 2016). L'augmentation de la fréquence des mictions avec des impériosités entraînant parfois une incontinence urinaire, décrites par le Dr MM._____, n'empêchent en effet pas l'exercice d'une activité professionnelle. Il en va de même s'agissant des atteintes présentées par l'assuré sur le plan de l'appareil digestif (reflux digestif, polype sessile sigmoïde, dolichocôlon, gastro-antro-bulbite, helicobacter pilori, anite, érythème péri-anal léger, éventuelles hémorroïdes internes) (cf. rapport du 21 janvier 2015 du Dr ZZ._____, rapport du 5 août 2015 du Dr K._____).

Au vu de ce qui précède, sur le plan somatique, le recourant ne présente pas de modification notable de son état de santé propre à influencer son taux d'invalidité depuis les décisions rendues le 5 décembre 2013.

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut notamment du rapport du 7 décembre 2016 de la Dresse YY._____ et de WW._____, lesquels retenaient un trouble dépressif majeur, épisode dépressif sévère chronique, un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, ainsi qu'un retard mental léger. Selon eux, ce dernier diagnostic expliquait la persistance de la symptomatologie dépressive et douloureuse, ainsi que l'incapacité de travail à 100 % en résultant.

Toutefois, la Dresse YY._____ et le psychologue WW._____ ont précisé que l'assuré présentait des symptômes similaires à ceux qui avaient été relevés par les Drs H._____ et F._____ dans leur rapport du 13 novembre 2014. Ces symptômes étaient un abaissement de l'humeur persistant, une aboulie, des insomnies, une agitation psychomotrice, une asthénie, un sentiment de dévalorisation, des difficultés de concentration et des idées de mort récurrentes. Ils ont ainsi expliqué reconduire les diagnostics de trouble dépressif majeur avec épisode dépressif sévère chronique et de trouble douloureux, déjà retenus en 2014.

Or, ces diagnostics avaient déjà été posés par les Drs M._____, Y._____ et D._____ dans leur rapport du 25 mai 2007. En 2014, les Drs H._____ et F._____ avaient eux-mêmes exposé reconduire ces diagnostics, en décrivant exactement les mêmes symptômes que ceux susmentionnés.

Par ailleurs, concernant la symptomatologie dépressive, le rapport du 25 mai 2007 retenait déjà un état de tristesse persistante, des pleurs occasionnels incontrôlés, une perte de capacité à éprouver du plaisir et de l'intérêt en général, une irritabilité et une impatience croissantes, des pertes de mémoire, un fort sentiment de dévalorisation, ainsi que des pensées de mort récurrentes. Ces éléments ne sont ainsi pas nouveaux.

En outre, ce rapport faisait également déjà état de difficultés éprouvées par l'assuré dans sa vie quotidienne. En particulier, ce dernier avait expliqué qu'il éprouvait d'énormes difficultés à faire sa toilette et ses besoins, ainsi qu'à marcher plus d'un quart d'heure par jour, de sorte que son épouse et son fils devaient l'assister dans ses activités quotidiennes. Ainsi, la constatation des Drs H._____ et F._____, en 2014, selon laquelle les symptômes douloureux et dépressifs handicapaient l'assuré dans chacun des aspects de sa vie et l'empêchaient d'effectuer les tâches les plus simples, reprise par la Dresse AA._____ dans son rapport du 23 juin 2016, n'apporte aucun élément nouveau.

Même si, dans le rapport du 7 décembre 2016, la Dresse YY._____ et le psychologue WW._____ ont évoqué que la symptomatologie de l'intéressé « se serait péjorée dans les derniers mois », ils ont précisé que cette aggravation était intervenue à la suite du refus de l'OAI d'augmenter sa rente. Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement à cette dernière ne devant en principe pas être pris en considération (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Le Dr G._____ du SMR a également souligné qu'il s'agissait d'un état réactionnel à ce refus (cf. avis du 30 janvier 2017). D'ailleurs, dans son rapport du 25 juin 2015, la Dresse AA._____ décrivait une situation qui ne présentait pas de grande différence avec ce qui avait déjà été relevé par le rapport du 11 mars 2008 du SMR (cf. en ce sens, avis du 6 juin 2016 du SMR). Une amélioration était même présente, l'assuré ne verbalisant notamment plus d'idées suicidaires, alors qu'en 2008, il avait déclaré avoir envie de mourir. Même si la Dresse AA._____ décrivait des symptômes dépressifs, elle ne retenait pas formellement le diagnostic de trouble dépressif. Elle précisait que son patient trouvait ressource au sein de sa famille, notamment auprès de sa fille, chez qui il se rendait plusieurs fois par semaine, ce qui lui donnait l'occasion d'investir son rôle de grand-père, qui le sortait de son statut de malade. Cependant, dans son rapport du 23 juin 2016, en réponse aux questions formulées par Fortuna dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de refus d'augmentation de la rente, la Dresse AA._____ a cette fois posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en précisant, de manière contradictoire, que la symptomatologie était stable depuis le début du suivi, initié en novembre 2014.

Ainsi, hormis la mention d'une péjoration de la symptomatologie due au refus de l'OAI d'augmenter la rente de l'assuré – laquelle est en outre survenue postérieurement à la décision litigieuse –, les différents rapports successifs du V._____ (2007, 2014, 2016) sont

superposables (s'agissant du diagnostic de retard mental léger, voir ci-dessous).

Or, la Cour de céans a déjà considéré, par arrêt du 27 juin 2013, que les conclusions du rapport du 25 mai 2007 du V._____, soit une capacité de travail inférieure à 30 % dans une activité adaptée, pour des motifs psychiatriques, ne pouvaient être suivies (cause AI 13/12 - 124/2013 consid. 5bb). Elle s'est en revanche ralliée à l'appréciation des Drs C._____ et J._____ du SMR, lesquels avaient retenu, dans leur rapport du 11 mars 2008, une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Ces derniers avaient expliqué que le tableau surprenait par une lassitude existentielle plus que par de réels symptômes dépressifs. L'assuré leur avait expliqué ne plus avoir envie de vivre et se laissait aller dans un rôle de dépendant dans une existence d'inactivité et de tristesse. Selon ces médecins, les critères stricts d'une maladie psychiatrique sévère n'étaient pas remplis. Le tableau était parasité par une exagération incontestable et croissante des symptômes. Ils avaient retenu un trouble somatoforme douloureux avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une dépression d'accompagnement sous forme d'une lassitude existentielle, lesquels n'entraînaient selon eux pas d'incapacité de travail. Même si le recourant est désormais suivi par un psychiatre, l'analyse des indicateurs de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux ne révèle pas d'atteinte invalidante, une exagération des symptômes ayant notamment été relevée (cf. consid. 5 supra). Au demeurant, le recourant dispose de ressources, tirées de son contexte de vie, en particulier de ses enfants et de son rôle de grand-père.

Enfin, s'agissant du diagnostic de retard mental léger, il a certes été posé en 2016 seulement, mais ceci était déjà présent dès l'enfance du recourant. Celui-ci a néanmoins pu s'intégrer dans le monde professionnel en exerçant différentes activités, telles que maçon, commerçant indépendant, ou encore aide dans le domaine agricole (cf. rapport du 11 mars 2008 des Drs C._____ et J._____ du SMR). La mise en évidence de ce diagnostic ne constitue pas à elle seule un

changement important des circonstances depuis les décisions rendues en 2013.

c) Il résulte de ce qui précède qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé du recourant autorisant une révision du droit à la rente, le tableau clinique présenté par celui-ci ne différant pas fondamentalement de celui prévalant en 2013. L'intimé était ainsi fondé à refuser l'augmentation de la rente.

7. Le recourant se prévaut encore de son âge et de sa formation de maçon, soutenant que sa capacité de travail réellement exigible est nulle.

a) 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 (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 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 (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 (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui doit changer d'emploi en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré. Il s'agit alors de prendre en considération le fait que l'âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la

jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1 (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s. et les références).

b) En l'espèce, la jurisprudence relative aux personnes proches de l'âge de la retraite n'est pas applicable. En effet, le recourant n'exerce plus d'activité professionnelle depuis son licenciement au début de l'année 2006. En particulier, il n'a pas repris d'activité adaptée après les décisions du 5 décembre 2013 lui octroyant notamment un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2011. Pourtant, dans ces décisions, faisant suite à l'arrêt du 27 juin 2013 de la Cour de céans, il avait été déterminé que le recourant disposait encore d'une capacité de travail totale, avec une diminution de rendement de 30 %, dans une activité adaptée. Ainsi, dans le cadre de la demande de révision, l'intéressé savait, en raison de la procédure antérieure, qu'un changement d'activité était attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. Il ressort du considérant 6 supra que la situation du recourant est comparable à celle ayant conduit aux décisions du 5 décembre 2013. La seule modification réside dans l'écoulement du temps. Dans ces circonstances, le facteur de l'âge « avancé » ne peut entraîner l'application de la jurisprudence précitée. Ainsi, le recourant ne saurait être considéré comme n'étant plus en mesure, du fait de son âge, de mettre en valeur la capacité de travail qui lui est reconnue sur le marché équilibré du travail, et se voir octroyer des prestations de l'assurance-invalidité pour ce motif.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Patricia Spack Isenrich (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cette dernière a communiqué le 8 mars 2018 la liste de ses opérations, totalisant 14 heures et 15 minutes de travail. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), l'indemnité doit être fixée à 2'565 fr., à laquelle s'additionnent 100 fr. de débours. A cela s'ajoute la

TVA au taux de 8 %, toutes les opérations ayant été effectuées en 2017. Le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Spack Isenrich s'élève ainsi à 2'878 fr. 20.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 juin 2016 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Patricia Spack Isenrich est arrêtée à 2'878 fr. 20 (deux mille huit cent septante-huit francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- V.** W._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire, est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** 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 à :

- Me Patricia Spack Isenrich (pour W. _____)
- 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 :