

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Claire Neville, avocate à St-Sulpice,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé, originaire de [...], a exercé diverses activités, essentiellement en tant qu'ouvrier et manutentionnaire. A la suite d'une chute survenue le 17 juin 2003, l'assuré s'est retrouvé en incapacité totale de travail. Il n'a plus repris d'activité depuis lors. Le 25 juin 2004, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a établi un rapport le 25 août 2004, dont il ressort notamment ce qui suit :

« A. Diagnostics affectant la capacité de travail :

Fatigue chronique, Épiglottectomie pour SAS [syndrome d'apnées du sommeil] (avant ?), existant depuis environ 1996
Septoplastie, turbinectomie et UVPP [uvulo-palato-pharyngoplastie] ; état dépressif nécessitant un traitement [psychiatrique] depuis 2000, existant depuis 2002
Céphalées occipitales persistantes après commotion cérébrale, exclusion d'un SAS, existant depuis 2003
IRM [imagerie par résonance magnétique] cervical : discrète discopathie C5-C6
Distension ligamentaire épaule gauche, IRM épaule gauche : s.p. [sans particularité] ; hépatite B chronique, existant depuis 2004

Diagnostics n'affectant pas la capacité de travail :

Ulcère gastrique sur intolérance aux AINS [anti-inflammatoires non stéroïdien], existant depuis 1986
Ménissectomie interne gauche, existant depuis 1994
Cure hernie inguinale, existant depuis 1997
Bascule bassin de 1 cm à droit, Tassement mur antérieur vertèbre L5 (Acc), existant depuis 1999
Lésion index main droite avec machine (déficit flexion) OP [opération] récurrence hernie inguinale droite
Fx [fracture] extra-articulaire phalange prox. [proximale] 2^{ème} orteil g. [gauche], existant depuis 2001

[...]

C. Données concernant l'activité professionnelle, la formation et les tâches (p. ex. femme/homme au foyer)

[...]

2. Quels sont, du point de vue médical, les handicaps fonctionnels ?

a) Dans le domaine du travail (dernière activité)

Problèmes principaux sont la fatigue importante, faiblesse musculaire subjective, les céphalées et cervicalgies permanentes et les douleurs à l'épaule gauche, tous surplombés par l'ombre d'une dépression qui, à mon avis, ne s'améliore pas, même si le patient est sous traitement [psychiatrique].

[...]

D. Résultats, thérapie, pronostic

[...]

6. Constatations objectives :

[...]

b) Lors du dernier examen :

Le 23 août 2004 :

[...] Je n'ai pas pu trouver une faiblesse musculaire.

[...]

9. Pronostic :

Le pronostic me semble très difficile car le patient souffre depuis longtemps des douleurs résistant au traitement et en même temps d'une dépression. La perte du travail avec la spirale sociale vers en bas ne facilitait pas la tâche. Tant que l'origine de la fatigue n'est pas claire, un traitement ne peut pas être fait. Une liaison de la fatigue et l'hépatite B chronique, jusqu'alors sans répercussion sur les transaminases, ne paraît pas probable. La manière dont le patient souffre des douleurs somatiques semble être très dépendant de son état psychique.

[...] »

Dans une annexe à ce rapport, le Dr P. _____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement de plus de 50 %. Il a ajouté qu'il pouvait être exigé de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Était envisageable dans ce cadre un travail léger qui ne chargeait pas l'épaule, ni la nuque, et qui ne requérait pas un degré très élevé de concentration. Le Dr P. _____ a estimé que l'intéressé pouvait exercer ce type d'activité au rythme d'environ trois heures par jour, au début.

Du 25 septembre 2004 au 4 février 2005, l'assuré a été détenu à la prison [...], à [...], pour une infraction à la loi sur les stupéfiants. Les

Drs X._____ et L._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin interniste spécialiste en médecine interne générale au Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (ci-après : SMPP), unité du Département de Psychiatrie du Centre hospitalier [...], ont mis en évidence - dans un rapport du 30 novembre 2005 - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), une somatisation (F 45.0), connue depuis 2001, un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent dans un environnement protégé (F 10.21), connu depuis 2001, ainsi qu'une hépatite B chronique, connue depuis juillet 2004.

En parallèle, le Dr S._____ et la Dresse Q._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante à l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (ci-après : UPA), à [...], ont écrit à l'OAI le 1^{er} septembre 2005 que l'assuré, suivi par leur service depuis novembre 2001, présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptomatologie psychotique.

Mandaté par l'OAI en qualité d'expert, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 7 juillet 2006, visé par la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Prof. G._____, spécialiste en médecine légale. Il ressort de ce rapport, en substance, ce qui suit:

« A. QUESTION CLINIQUES

[...]

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré

L'expertisé se plaint de cervicalgies et de céphalées, ainsi que de douleurs dans le bras gauche, évoluant de façon paroxystique. Il signale une baisse de la force physique dans ce bras.

Il décrit une hypersomnie ayant débuté depuis 1996 et évoluant de façon croissante, avec actuellement la nécessité de dormir plusieurs heures durant la journée et l'impression subjective de "dormir tout le temps". Il se considère comme diminué sur le plan intellectuel, avec de grandes difficultés à se remémorer les faits et à se concentrer sur une tâche. Il dit avoir conscience d'être irritable. Il exprime un sentiment de honte, en particulier vis-à-vis de son père. L'expertisé

signale également des épisodes anxieux imprévisibles et des peurs injustifiées comme par exemple la crainte d'être seul dans la rue.

3. Status clinique

Il s'agit d'un homme faisant bien son âge, habillé de façon simple, qui arrive au rendez-vous avec $\frac{3}{4}$ d'heure de retard, et accompagné d'un ami.

Le faciès semble marqué par la fatigue et la lassitude. L'expertisé comprend la situation d'examen et répond aux questions, mais il faut insister pour obtenir des informations.

On note un ralentissement psychique et un contenu de pensée pessimiste et dévalorisé. On ne constate pas d'attitude d'écoute ni de propos délirants.

On constate pendant l'examen une angoisse latente qui n'est pas directement exprimée par un expertisé qui semble athymhormique. Cette angoisse se perçoit cependant très clairement lorsque émerge une irritabilité au décours d'une précision sollicitée pour l'anamnèse.

Le status somatique précisé a été réalisé pour l'OAI par le Dr P._____.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD [classification internationale des maladies (CIM)] 10)

4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Selon la classification CIM10 : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Ce trouble est présent depuis environ 1996, avec des fluctuations dans l'intensité.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Hépatite B chronique.

5. Appréciation du cas et pronostic

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne fait guère de doute. Si la symptomatologie somatique associée a été constatée à plusieurs reprises, le tableau de troubles psychotiques associés est moins certain, et nous ne l'avons, quant à nous, pas constaté.

La prise en charge psychiatrique actuelle de l'expertisé ne correspond pas à la gravité des diagnostics posés. En effet, l'expertisé est vu à un rythme peu soutenu (1x/mois) et, dans le tournus des internes de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire, son cas est peu reconnu. Il faut constater que son traitement correspond à celui d'une dépression classique alors que la durée et la chronicité des troubles justifieraient la recherche d'un traitement adapté à une dépression résistante.

Certains diagnostics ayant été évoqués à certains moments du dossier peuvent à notre avis être écartés. Ainsi, le diagnostic de schizophrénie peut être exclu au regard de l'anamnèse et du tableau clinique actuel. De même, le diagnostic d'alcoolisme évoqué par le Service de médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires n'est présent nulle part ailleurs et ne correspond à aucune réalité clinique actuelle. Il doit également être écarté.

Par contre, le rôle d'une éventuelle toxicomanie, qui n'a jamais été évoquée, devrait être examiné. Certes, l'expertisé nie toute consommation de stupéfiant, mais il fait constater qu'il a été arrêté et emprisonné pour infraction à la loi sur les stupéfiants et que par ailleurs, il présente une hépatite B. On peut d'ailleurs remarquer que l'expertisé, qui se dit incapable de toute activité depuis juin 2003, a été arrêté en septembre 2004 pour trafic de stupéfiants.

Le pronostic ne nous semble à priori pas bon, l'expertisé s'étant installé dans une position passive et n'ayant à priori aucune réelle volonté de reprendre une activité professionnelle. La mise au bénéfice d'une rente ferait disparaître tout espoir de reprise d'activité à moyen ou à long terme. La reprise d'une activité, au moins à temps partiel, dans un emploi adapté serait souhaitable à relativement court terme.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

En l'état actuel, la capacité de travail de l'expertisé dans une activité physique soutenue est nulle. Par contre, il existe une capacité résiduelle de travail, de l'ordre de 50%, dans une activité physique nécessitant peu de force et un niveau de complexité peu élevé, du type rangement ou déplacement d'objets peu lourds, nettoyage de surfaces, jardinage, etc... En raison de l'irritabilité et des troubles de la concentration, il existe une capacité également très faible sur le plan social.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les troubles actuels empêchent la reprise des activités que l'expertisé a principalement exercées jusqu'ici à savoir, ouvrier sur un chantier ou travailleur de force.

[...]

2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, il y a une diminution du rendement de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 17 juin 2003, l'expertisé est en incapacité de travail à 100%.

[...]

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Oui, une réadaptation professionnelle est envisageable. Elle doit être prévue dans une activité ne nécessitant pas de grandes forces physiques ni de gros efforts de concentration. Cette activité devrait s'exercer dans un premier temps à 50% avec une répartition par demi-journée sur toute la semaine. L'expertisé peut s'adapter au tissu socio-professionnel, avec certaines difficultés dues à son irritabilité, mais également en tenant compte des bénéfices narcissiques qu'il peut avoir à exercer à nouveau une activité.

Il existe des ressources résiduelles, en ceci que l'expertisé ne présente pas un handicap physique majeur et qu'il a acquis une certaine expérience professionnelle depuis 1992.

[...] »

Par décision du 10 janvier 2007, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de sa part, en particulier à une rente, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que, partant, il devait pouvoir mettre en valeur une pleine capacité de travail.

B. L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), par acte du 12 février 2007, en concluant à l'octroi d'une demi-rente.

Au terme d'un jugement du 20 novembre 2007 (cause AI 59/07 - 279/2007), le Tribunal des assurances a admis le recours et réformé la décision du 10 janvier 2007 dans le sens de l'octroi d'un quart de rente à partir du 1^{er} juin 2004. Ce jugement retient en particulier ce qui suit aux consid. 5 et 6 :

« **5.** En l'espèce, l'OAI a refusé toute prestation à A. _____, estimant qu'il ne présente aucune atteinte à la santé invalidante. Le recourant conteste ce point de vue. Il fait valoir que son état dépressif fonde le droit à une demi-rente de l'AI.

Dès lors que l'assuré a été examiné par différents médecins, il y a lieu d'apprécier sa capacité de travail sur les plans somatique et psychique.

a) D'un point de vue somatique, il ressort de la documentation médicale au dossier que A. _____ ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique susceptible d'entraîner, par elle-même, une incapacité de travail.

En effet, bien que le recourant fasse état de douleurs à l'épaule gauche et de cervicalgies permanentes, aucun problème significatif n'a été révélé par les IRM. La faiblesse musculaire ressentie par l'assuré n'a pas non plus pu être objectivée. Certes, le Dr P. _____ considère que l'hépatite B chronique aurait des répercussions sur la capacité de travail de son patient. Il n'étaye toutefois pas son point de vue et ne semble pas davantage considérer que l'importante fatigue éprouvée par l'intéressé trouve son origine dans cette affection. En outre, l'assuré lui-même n'invoque pas cette maladie pour justifier son incapacité de travail. Il y a dès lors lieu d'admettre, à l'instar du Dr J. _____, que l'hépatite B chronique présentée par le recourant n'entame pas sa capacité de travail.

D'un point de vue somatique, A. _____ doit donc être considéré comme apte à travailler à plein temps.

b) En revanche, le tableau clinique semble dominé par des troubles d'ordre psychique. Il s'agit dès lors d'examiner si le recourant présente une telle atteinte à la santé invalidante.

aa) De l'avis de tous les médecins intervenants, A. _____ souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité fluctuante. Si les praticiens de l'UPA lient ce trouble à une symptomatologie psychotique, l'expert psychiatre et les médecins du SMPP l'associent à un syndrome somatique. Le Dr J. _____, seul médecin à se prononcer sur la capacité de travail, admet que A. _____ est incapable de travailler à 50%.

bb) Le rapport d'expertise du Dr J. _____, clair et fondé sur des examens complets et approfondis, décrit précisément le contexte médical, prend en compte les plaintes émises par l'assuré et l'entier de sa symptomatologie. Les conclusions sont détaillées, exemptes de contradictions et motivées de manière convaincante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

cc) Les arguments avancés par l'OAI pour remettre en cause les conclusions de l'expert sont sans pertinence. En particulier, on ne voit pas en quoi l'infraction à la loi sur les stupéfiants qu'aurait commise A. _____ témoignerait d'une vie sociale préservée et ne serait pas conciliable avec une dépression sévère. Par ailleurs, on ne saurait interpréter la fréquence des rendez-vous thérapeutiques comme une mesure de la gravité des troubles psychiques. Les médecins de l'UPA ont relevé à cet égard que "le suivi (est) difficile d'une part parce que le patient ne se montre pas régulier à ses rendez-vous d'autre part parce qu'il présente une pathologie compliquée et difficile à stabiliser", ce qui montre que l'espacement des séances est dû à des problèmes de compliance et à une

pathologie difficile à traiter et non à un état dépressif d'intensité légère. En outre, les hospitalisations de l'assuré au Centre de Psychiatrie du [...], à [...], survenues en novembre 2005 et mai 2006, révèlent davantage une aggravation momentanée de la psychopathologie que la bénignité de l'atteinte. Par ailleurs, si l'expert a observé que le traitement mis en place n'était pas optimal, cela ne signifie pas pour autant que, moyennant un suivi thérapeutique adapté, l'assuré serait en mesure de travailler à temps complet, d'autant plus que la dépression a été qualifiée de résistante.

dd) Au vu de ce qui précède, le tribunal de céans fait siennes les conclusions de l'expert et considère que, en raison de son trouble dépressif, intense et durable, seule une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée peut être exigée de A._____.

c) On relèvera enfin que le rôle d'une éventuelle toxicomanie, évoquée par le Dr J._____, n'est pas déterminant dans le cas particulier. En effet, à teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle ne joue un rôle dans l'AI que lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323 ; RCC 1992 p. 182 cons. 2b et les références ; ATFA du 9 décembre 2003, I 563/02, cons. 1.2). Or, tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce. Au demeurant, le recourant lui-même nie présenter une quelconque dépendance.

6. Il convient encore de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assuré était susceptible de réaliser en 2004, année de la naissance du droit hypothétique à la rente (ATF 129 V 222), afin de déterminer son taux d'invalidité.

a) On entend par revenu sans invalidité celui que la personne assurée réaliserait vraisemblablement, eu égard à l'ensemble des circonstances, si elle n'était pas devenue invalide. Dans le cas particulier, sont déterminants les renseignements fournis par l'ancien employeur du recourant, dont il ressort que le salaire mensuel perçu par l'assuré en 2003 s'élevait à 3'500 fr. par mois, versé treize fois l'an, et qu'en 2005, il aurait été de 3'600 fr. par mois. On peut inférer de ces données que le revenu sans invalidité en 2004 serait de 46'150 fr., treizième salaire compris (3'550 fr. x 13 mois).

b) S'agissant du gain d'invalide, lorsque l'assuré n'a pas - comme en l'espèce - repris d'activité professionnelle, il y a lieu de se fonder sur les données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 126 V 76 ss. cons. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 cons. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). En l'occurrence, le revenu de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2004 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2004, TA1, p. 53, niveau de

qualification 4). Ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles au recourant. Ce gain hypothétique mensuel s'élève à 4'588 fr., part au 13^{ème} salaire comprise. Il représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, soit une durée inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [Annuaire statistique 2004, p. 200, T3.2.3.5]) - un revenu d'invalidé de 4'771 fr. 50 par mois (4'588 fr. x 41,6 heures : 40 heures), soit 57'258 fr. par année.

Dès lors que seule une activité exercée au taux de 50% peut être exigée de l'assuré, le gain hypothétique d'invalidé se monte à 28'629 francs.

Le montant ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 cons. 5b et cc).

Dans le cas particulier, il ne se justifie pas d'effectuer une réduction de plus de 15% sur le gain d'invalidé précité, de sorte que le revenu d'invalidé auquel pouvait prétendre l'intéressé en 2004 se serait élevé à 24'334 fr. 65.

c) La comparaison des revenus avec et sans invalidité entraîne un préjudice économique de 21'815 fr. 35, correspondant à un degré d'invalidité arrondi à 47%, lequel ouvre le droit à un quart de rente, conformément à l'article 28 alinéa 1^{er} LAI. »

Par décisions des 28 avril 2008 et 29 juin 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2004.

C. Le 27 janvier 2011, l'OAI a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente. Le 14 février 2011, l'assuré a alors indiqué que son état était stationnaire, ce qu'a confirmé le Dr P. _____ par rapport du 16 mars 2011, en précisant que la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 23 décembre 2011, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec

effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33-2), existant depuis 1995, de syndrome de stress post-traumatique (F43-1), existant probablement depuis le début des années 90, et d'hépatite B, diagnostiquée en 2006, étant renvoyé aux médecins somaticiens pour les éventuels autres diagnostics d'ordre somatique. Ce médecin a expliqué que l'assuré bénéficiaire d'un arrêt de travail de 100 %. Au titre des limitations fonctionnelles, il a fait état de fatigue chronique intense depuis plusieurs années, d'hypersomnie, de difficultés de concentration, de pertes de mémoire importantes, d'humeur dépressive, ainsi que d'isolement social, ayant des répercussions néfastes sur sa vie familiale, sociale et professionnelle. Selon le Dr H._____, l'intéressé n'était pas en mesure de travailler, même à un pourcentage réduit ; son état de santé s'était aggravé. Ce médecin a mentionné notamment des symptômes anxieux et dépressifs. Il a indiqué qu'en séance, l'assuré semblait las et fatigué, pouvant montrer des effets de somnolence, tels qu'une difficulté à garder les yeux ouverts, au bout de plus de 30-40 minutes de séance. Par ailleurs, aucune émotion positive ne le traversait, que ce soit lors d'une plaisanterie de la part du thérapeute ou de l'évocation de souvenirs heureux comme la naissance de ses enfants. L'expression du visage de l'intéressé restait en effet neutre, voire triste. Le Dr H._____ a estimé que le pronostic était réservé, l'état de santé de l'assuré s'étant encore péjoré depuis l'été 2011. Il lui semblait que cet état de fait prendrait du temps à s'améliorer et que pour l'instant, il ne pouvait envisager un pronostic favorable. Ce médecin a ajouté travailler toutefois en thérapie dans ce sens.

Aux termes d'un avis médical du 31 janvier 2012, le Dr T._____, médecin praticien au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que le syndrome de stress post-traumatique ne correspondait pas à l'association obligée d'évitement persistant, d'activation neurovégétative (hyperéveil) et d'intrusions. En ce qui concernait l'épisode dépressif d'intensité sévère en cours, la documentation du rapport du Dr H._____ ne permettait pas d'atteindre le seuil diagnostique de l'épisode dépressif léger, qui ne justifiait aucune

incapacité de travail. Cette situation sévère était traitée par du Tranxilium en réserve, sans antidépresseur, sans autre médication psychotrope. La fréquence des consultations n'était pas divulguée et aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'avait eu lieu. Selon le Dr T._____, l'obligation de réduire le dommage était loin d'être acquise, alors qu'il s'agissait d'un trouble de l'humeur, en l'absence de trouble de personnalité, schizophrénie ou autre psychose. Ce médecin a ajouté que l'aggravation soutenue n'apparaissait pas, en l'état. Il y avait d'ailleurs une discrédance entre le rapport du Dr P._____, du 16 mars 2011, qui mentionnait l'absence de modification de l'état de santé, et le rapport du Dr H._____, soutenant une aggravation, non documentée. Selon le Dr T._____, le Dr H._____ allait en outre à l'encontre ou dépassait ce qu'avait établi le Tribunal des assurances concernant l'incapacité durable justifiée de l'assuré, en particulier son début, sans apporter de quelconques éléments médicaux dans ce sens. Le médecin du SMR a conclu qu'en l'état, aucune aggravation durable de l'état de santé ne pouvait être retenue et que les conclusions du SMR restaient inchangées.

Le 2 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré avoir constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'il continuait de bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité de 47 %).

D. Le 24 décembre 2015, l'assuré a déposé une demande de révision auprès de l'OAI, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis 2008.

Le 30 décembre 2015, l'intéressé a produit un certificat médical du 17 octobre 2015 du Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que deux autres du Dr H._____ des 16 novembre et 23 décembre 2015, selon lesquels il était en incapacité de travail totale.

Le 4 janvier 2016, l'OAI a invité l'assuré à rendre plausible la modification de son degré d'invalidité.

Par rapport du 15 février 2016, le Dr U._____ a certifié que l'intéressé avait un suivi psychiatrique intégré depuis le 5 février 2015 en raison d'un état dépressif. L'assuré avait bénéficié auparavant d'un suivi par le Dr H._____. Il venait à ses rendez-vous une fois tous les deux ou trois mois. Le Dr U._____ a ajouté que, depuis le 5 février 2015, l'intéressé se plaignait de fatigue, d'oublis, de tristesse, de manque d'énergie et de motivation, ainsi que d'hypersomnie. L'assuré disait vivre seul dans son appartement et ne pas sortir beaucoup.

Aux termes d'un rapport du 7 mars 2016, le Dr U._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ou moyen. Il a fait état d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée. Il a ajouté que l'assuré lui avait rapporté se sentir fatigué, avec manque d'énergie et de motivation, une hypersomnie, une tristesse, une nervosité et une irritabilité. Selon le Dr U._____, le pronostic pouvait être bon, avec un suivi psychiatrique régulier.

Dans un avis médical du 19 juin 2017, le Dr K._____ du SMR a conclu en proposant de considérer la situation comme inchangée, compte tenu des antécédents et du type d'atteinte à la santé qui était à risque de décompensation.

Par projet de décision du 21 juin 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de révision, en particulier de refuser l'augmentation de la rente d'invalidité. Il a estimé que la capacité de travail exigible était inchangée et qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier le droit à la rente partielle (47 %).

Aux termes d'un courrier du 8 août 2017, le Dr H._____ et le Dr C._____, médecin assistant au Centre de psychiatrie et de psychothérapie d' [...], ont indiqué à l'OAI qu'en raison de la péjoration de l'état psychique de l'assuré, ils avaient organisé son hospitalisation à l'unité hospitalière de [...]. A ce sujet, ils ont renvoyé à une lettre, qu'ils ont omis d'annexer à leur courrier. Ces médecins ont ajouté que leur

objectif était, dans un premier temps, de stabiliser l'état psychique actuel de l'intéressé, ce qui leur permettrait, dans un second temps, de reprendre en charge le suivi psychothérapeutique ambulatoire.

Le 15 août 2017, l'OAI a invité les médecins susmentionnés à lui faire parvenir la lettre censée être annexée à leur courrier.

Par décision du 4 septembre 2017, l'OAI a confirmé son projet du 21 juin 2017.

E. Par acte reçu le 2 octobre 2017, A._____, alors non représenté, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en se prévalant d'une péjoration de son état au plan psychique. Invité à indiquer ses moyens, il a adressé le 9 octobre 2017 un rapport du même jour, par lequel les Drs H._____ et C._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble mixte de la personnalité (personnalité anxieuse et dépendante ; F61.0), ainsi que d'hépatite B connue. Ils ont précisé que le recourant était suivi par leurs soins depuis 2014. L'intéressé se plaignait d'être souvent triste, angoissé, fatigué, épuisé, et du fait qu'il manquait de motivation. Il avait tendance à s'isoler à son domicile, ne sortait plus, voyait sa vie comme un total échec et présentait des idées noires. Ces médecins ont indiqué que, malgré un suivi hebdomadaire, ils avaient assisté régulièrement à des crises d'angoisse handicapantes et à de nombreuses rechutes dépressives. Le recourant avait de gros problèmes de structure fragile de personnalité, accompagnés de tendance dépressive chronique. Les Drs H._____ et C._____ ont ajouté avoir essayé, par différents traitements médicamenteux, notamment avec divers antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur, d'instaurer une amélioration de l'état psychique de l'intéressé. Aucun résultat suffisant n'avait malheureusement été obtenu à ce jour. Selon les médecins, le recourant n'avait jamais pu travailler depuis 2004 et, devant ce constat, sa capacité de travail ne dépassait pas les 10 à 15 %.

Le 20 décembre 2017, l'intimé a répondu en concluant au rejet du recours. Il a estimé que les Drs H. _____ et C. _____, par le rapport susmentionné, n'avaient pas donné une analyse circonstanciée de la situation mettant en évidence des éléments médicaux objectivement vérifiables, qui auraient été ignorés dans le cadre de son instruction et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause sa position quant à l'aptitude au travail de l'intéressé.

En réplique du 9 avril 2018, le recourant, désormais au bénéfice de l'assistance judiciaire et représenté par Me Claire Neville, a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de novembre 2015, et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a en substance maintenu sa position, à l'appui de laquelle il a produit un rapport du Dr H. _____ du 21 février 2018. Ce médecin a confirmé les diagnostics posés par rapport du 9 octobre 2017, et a apprécié la situation comme suit :

« [...]

Depuis plusieurs années, le patient présente des symptômes dépressifs moyens à sévères, une perte totale d'intérêt et de plaisir, une perte de l'élan vital considérable, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, un trouble de la mémoire et de la concentration, un manque d'estime de soi, une solitude et une inutilité, une fatigue chronique et incapacité à se projeter dans le futur proche et lointain, il se sent totalement vidé de son énergie, il n'éprouve plus d'intérêt pour les relations de couple et il a observé une chute totale de sa libido.

Monsieur A. _____, dans son enfance, a subi une importante violence physique de la part de son père dans le cadre de relations familiales compliquées. On observe ainsi un émoussement émotionnel, des cauchemars avec reviviscence des événements traumatiques, une anhédonie, un détachement par rapport aux activités et aux personnes auparavant importantes pour lui, aux membres de sa famille, des crises d'angoisse se déclenchant dans certaines situations sociales. Il a tendance à s'isoler à son domicile, il ne voit plus le bout du tunnel, il ne voit aucun sens à sa vie. Il voit sa vie comme un échec total et présente des idées noires.

Notre pronostic concernant la possibilité de reprise d'une activité professionnelle pour M. A. _____ est clairement défavorable. En effet, en raison de la fatigue et des fortes difficultés d'attention et de concentration, il serait trop dangereux qu'il reprenne une activité professionnelle. D'autre part, ses symptômes dépressifs et anxieux

sont trop importants pour lui permettre d'être efficient dans un domaine où une certaine fiabilité et une rentabilité sont requises. En conséquence, depuis nov. 2015, il est dans une incapacité totale de travail.

Dans ce cadre, le patient est dans l'impossibilité d'effectuer une quelconque activité professionnelle.

[...] »

En annexe à sa réplique, l'intéressé a également produit un rapport du 9 avril 2018, par lequel le Dr P. _____ a indiqué connaître l'intéressé depuis le 23 juin 2003 et que celui-ci n'avait jamais été en capacité de travailler depuis lors. Il a ajouté que les diagnostics multiples suivants faisaient partie de l'image complète qui conduisait à cette incapacité :

- « 1986 : Ulcère gastrique sur utilisation AINS
- 1994 : Ménissectomie interne gauche
- 1997 : OP Hernia inguinalis droite
- 1999 : Fx corps vertébral L5
OP Récidive Hernia inguinalis droite
Lésion index main droite avec contamination au pétrole
- 2001 : Fx extra-articulaire phalange prox. dig. [doigt] II pied gauche
Diagnostic Hépatite B chronique
- 2002 : Septoplastie und Turbinectomie, Dépression
- 2004 : HBV[virus de l'hépatite B]-DNA 167'000 Kopien ;
Alphafoetoprotein 16kU/l
Hypercholesterinémie nécessitant un traitement régulier
- 2005 : Hospitalisation en psychiatrie :
 - Dépression grave avec symptômes psychotiques
 - Troubles somatoformes avec douleurs persistantes
- 2007 : Diagnostic syndrome d'apnée de sommeil qui devrait recevoir un traitement par CPAP [respiration assistée par pression positive] mais lequel n'est pour de multiples raisons pas faisable, chose qui influence probablement, à part des raisons psychiatriques, la somnolence que le patient montre de façon accrue et importante durant tout ce temps depuis, chose qui rend une activité professionnelle totalement impossible. »

Le 27 avril 2018, l'intimé a dupliqué, en maintenant sa position. Il a relevé que les rapports médicaux sommaires fournis par le recourant ne faisaient qu'énumérer des problématiques de santé déjà

connues et rapporter les plaintes de l'intéressé, sans motiver le point de vue exposé.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 4 septembre 2017, à refuser l'augmentation de la rente du recourant.

3. a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. La rente prévue dans le système de l'assurance-invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

b) L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui 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 conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et

réf. cit. ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

5. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du 29 juin 2009.

a) D'emblée, il est constant que l'intéressé ne présente pas de péjoration au niveau somatique. Celui-ci ne prétend d'ailleurs pas le contraire, se prévalant uniquement d'une aggravation au plan psychique (cf. recours du 2 octobre 2017 et réplique du 9 avril 2018). Pour autant que de besoin, on relèvera à cet égard que le rapport du Dr P. _____ du 9 avril 2018, produit avec la réplique, n'amène pas d'éléments légitimant une aggravation de la situation sur le plan physique. En effet, les diagnostics y figurant ne sont pas étayés. Ils ne sont en outre pas différents de ceux que le médecin traitant avait déjà posés dans son rapport du 25 août 2004. Par ailleurs, selon les indications du Dr P. _____, ces diagnostics existaient avant la décision du 29 juin 2009, le dernier étant daté de l'année 2007. Enfin, ce médecin a précisé que la capacité de travail du recourant était nulle depuis qu'il le suivait, à savoir depuis le 23 juin 2003. Le rapport du 9 avril 2018 ne saurait ainsi démontrer que l'état de santé de l'intéressé s'est péjoré au plan somatique depuis la décision du 29 juin 2009.

A toutes fins utiles, dans son jugement du 20 novembre 2007, le Tribunal des assurances avait retenu qu'aucun problème significatif n'avait été relevé par IRM et que la faiblesse musculaire ressentie par le recourant n'avait pas non plus été objectivée. Cette appréciation peut être reprise telle quelle.

b) Au plan psychique, il est constant que l'intéressé présente une atteinte qui rend totalement impossible l'exercice de son activité habituelle. Est toutefois litigieuse la capacité de travail dans une activité adaptée.

De l'avis exprimé dans la décision litigieuse de l'intimé - qui se fonde sur le rapport d'expertise du 7 juillet 2006 du Dr J. _____, de la

Dresse V._____ et du Prof. G._____, sur le jugement du 20 novembre 2007 du Tribunal des assurances et sur les avis du SMR des 31 janvier 2012 et 19 juin 2017 -, la capacité de travail demeure de 50 % dans une activité adaptée. A cet égard, il y a lieu de constater que les experts faisaient état en 2006 de fatigue, de lassitude, d'un ralentissement psychique, d'un contenu de pensée pessimiste et dévalorisé, d'une angoisse latente, d'une irritabilité, de troubles de la concentration, ainsi que du fait que le recourant semblait athymhormique. A teneur du rapport d'expertise, l'intéressé se plaignait par ailleurs d'hypersomnie, d'une diminution sur le plan interne, soit, outre de difficultés à se concentrer, de difficultés à se remémorer les faits, d'un sentiment de honte, d'épisodes anxieux imprévisibles et de peurs injustifiées, comme par exemple la crainte d'être seul dans la rue. Compte tenu de ce qui précède, les experts ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.

Par son dernier rapport produit (cf. rapport du 21 février 2018), le Dr H._____ a cependant estimé que le recourant était en incapacité totale de travail depuis novembre 2015, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, de trouble mixte de la personnalité (personnalité anxieuse et dépendante), ainsi que d'hépatite B. En particulier, ce médecin a justifié le fait que le recourant présentait une incapacité totale de travail en expliquant que, compte tenu de la fatigue et des fortes difficultés d'attention et de concentration, il serait trop dangereux que celui-ci reprenne une activité professionnelle. Les symptômes dépressifs et anxieux étaient trop importants pour lui permettre d'être efficace dans un domaine où une certaine fiabilité ou une rentabilité étaient requises. Or les Drs H._____ et C._____ avaient décrit une situation sensiblement similaire dans leur rapport du 9 octobre 2017. Ils avaient considéré que le recourant disposait alors d'une capacité de travail de 10 à 15 %, alors que, quatre mois plus tard (cf. rapport du 21 février 2018), le Dr H._____ estimait que la capacité de travail du recourant était nulle depuis novembre 2015.

Quoi qu'il en soit, si les diagnostics posés par les Drs H._____ et C._____ divergent de ceux retenus dans le rapport d'expertise, force est de constater que les éléments mis en avant par ces médecins sont superposables à ceux relevés par les experts dans leur rapport du 7 juillet 2006 et qui ont justifié une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il n'apparaît par conséquent pas que l'état de santé de l'intéressé au plan psychique se serait péjoré. Au demeurant, le Dr H._____ faisait déjà mention d'atteintes du même ordre dans son rapport du 23 décembre 2011. Or, concernant ce rapport, l'intimé avait estimé que la situation décrite était similaire à celle qui prévalait dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations et avait dès lors confirmé le droit de l'intéressé à un quart de rente par communication du 2 octobre 2014, laquelle n'avait pas été contestée. Par ailleurs, dans son rapport du 23 décembre 2011, le Dr H._____ avait indiqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, existait depuis 1995.

Le Dr U._____ a décrit une situation comparable dans ses rapports des 15 février et 7 mars 2016, à la différence que le recourant se rendait alors à ses rendez-vous à raison d'une fois tous les deux ou trois mois. Ces éléments ont cependant amené ce médecin à considérer, contrairement aux Drs H._____ et C._____, que l'intéressé disposait d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée, compte tenu d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ou moyen. Il a en outre précisé que le pronostic était bon, avec un suivi psychiatrique régulier. La position du Dr U._____ rejoint ainsi celle exprimée dans le rapport d'expertise du 7 juillet 2006 et, partant, dans le jugement du 20 novembre 2007. Il en ressort en effet que la prise en charge thérapeutique, qui était alors au rythme d'une fois par mois, ne correspondait pas à la gravité des diagnostics posés. Il convenait par conséquent d'adapter ce suivi à une dépression résistante, sans que l'on puisse pour autant considérer que, dans ce cas, l'intéressé serait en mesure de travailler à temps complet.

A cet égard, le suivi a apparemment été intensifié à un rythme hebdomadaire (cf. rapport des Drs H._____ et C._____ du 9 octobre 2017). Il apparaît que cette intensification a été mise en œuvre ensuite d'une hospitalisation de l'intéressé, rapportée par les Drs H._____ et C._____ dans un courrier du 8 août 2017. Une hospitalisation ne saurait cependant établir l'aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, ce dernier avait déjà été hospitalisé en novembre 2005 et mai 2006. Selon le Tribunal des assurances (cf. jugement du 20 novembre 2007 consid. 5b/cc), ces hospitalisations révélaient une aggravation momentanée. On remarquera en outre qu'elles s'inscrivaient parfaitement dans le cadre du caractère fluctuant du trouble dépressif récurrent, tel que retenu par le Tribunal des assurances (cf. jugement du 20 novembre 2007 consid. 5b/aa).

c) En définitive, force est de constater que les avis des Drs H._____ et C._____ constituent une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé (cf. consid. 3b *supra*). On ne peut dès lors que suivre le médecin du SMR qui a considéré la situation du recourant comme inchangée, compte tenu de ses antécédents et du type d'atteinte à la santé qui était à risque de décompensation (cf. avis médical du 19 juin 2017). En effet, l'intéressé n'établit pas que son état de santé se serait péjoré ensuite de la décision de l'intimé du 29 juin 2009, de manière à influencer son degré d'invalidité. Les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA n'étaient par conséquent pas réalisées, de sorte que l'intimé était légitimé à rejeter la nouvelle demande par sa décision du 4 septembre 2017.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la

charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision du juge instructeur du 5 décembre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 octobre 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'une avocate d'office en la personne de Me Claire Neville. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 4 juin 2018. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Claire Neville est arrêtée à 2'475 fr. (débours et TVA compris). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser, dès qu'il est en mesure de le faire, les frais de justice et l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**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 4 septembre 2017 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité de Me Claire Neville est arrêtée à 2'475 fr. (deux mille quatre cent septante-cinq francs), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Claire Neville (pour le recourant),
- 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).

Le greffier :