

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Dessaux et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne

et

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

Art. 8, 16, 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87, 88a et 88bis RAI.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1967, est entré en Suisse en 1987 pour y exercer une activité lucrative dans les domaines de l'agriculture et de la construction. Il a été employé dès 1997 par la société U._____SA en qualité de poseur d'isolation périphérique.

B. Souffrant de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens, responsables d'une incapacité de travail durable depuis avril 1999, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), par dépôt du formulaire ad hoc le 25 novembre 1999 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Après avoir sollicité des rapports des médecins traitants de l'assuré, les Drs V._____ et F._____, respectivement généraliste et spécialiste en médecine interne et rhumatologie auprès du Centre hospitalier K._____, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'observation professionnelle et un stage de réadaptation auprès du Centre L._____ à [...], suivis d'un reclassement sous forme de formation pratique en entreprise du 14 mai 2001 au 16 novembre 2001.

Des doutes subsistant quant à la capacité de travail effective de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé, la Dresse Q._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a préconisé une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été effectuée au sein de la Clinique S._____ du 20 au 22 janvier 2003.

Les experts mandatés, soit les Drs G._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport le 11 février 2003, retenant les diagnostics suivants, susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assuré :

- lombalgie chronique irradiant dans le MIG [réd. : membre inférieur gauche] au-dessous du genou sans évidence pour un syndrome radiculaire (M54.5) ;
- canal lombaire étroit, d'origine constitutionnelle (M48.0) ;
- hernie discale protrusive L4-L5 et L5-S1 (M51.2) ;
- discrète arthrose vertébrale lombaire (M47.8).

Ils ont également fait état de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, à savoir :

- discrète scoliose lombaire ;
- séquelles modérées de dystrophie rachidienne de croissance ;
- cervicalgie intermittente ;
- obésité ;
- ulcère gastrique en 1994.

Sur le plan psychique, ils ont observé l'absence de toute « pathologie psychiatrique atteignant le seuil diagnostique ».

Sous rubrique « Appréciation du cas et pronostic », ils ont fait part des éléments suivants :

« [...] L'incapacité de travail dans la profession de poseur d'isolation électrique a débuté le 12.04.99 en raison d'une lombalgie chronique s'accroissant par intermittence. Cette atteinte a fait l'objet d'évaluations répétées par le Dr F._____, médecin-associé au Centre hospitalier K._____ et responsable de l'Unité de réadaptation du rachis dans cet établissement.

Tant le médecin traitant que le Dr F._____ et l'expert sont d'avis que les atteintes somatiques lombaires mentionnées dans les diagnostics, ne permettent plus à cet homme d'accomplir son travail de poseur d'isolation périphérique, ou toute autre activité professionnelle manuelle tout aussi contraignante pour son dos. L'expert considère que l'incapacité de travail totale et de longue durée dans cette profession a débuté le 19.11.1999.

[...] Les documents d'imagerie lombaire montrent des anomalies objectives susceptibles d'expliquer les plaintes et en grande partie le handicap fonctionnel annoncé par l'assuré (canal lombaire étroit, discopathies).

L'observation aux ateliers professionnels souligne la difficulté qu'a [l'assuré] à soutenir, de façon prolongée, une posture statique.

Quant à l'évaluation psychiatrique, elle retient l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante au sens de la LAI.

Il reste à discuter la capacité de travail de cet assuré dans une activité professionnelle médicalement adaptée à son problème de dos.

[...] Au total, en tenant compte de tous les éléments susmentionnés, de l'évaluation détaillée effectuée au cours de cette expertise et de l'entretien de synthèse s'étant tenu au terme de l'expertise, l'expert

principal retient une capacité de travail dans une profession médicalement adaptée, par exemple celle de mécanicien-praticien en emploi, de 75% dès le 19.11.1999. Le tableau clinique est stable depuis lors, l'aggravation signalée par le Dr F. _____ n'ayant été que transitoire. Quant à l'examen psychiatrique, il n'a pas mis en évidence de co-morbidité invalidante. Le taux d'incapacité de travail de 25% tient compte de l'absentéisme professionnel susceptible de varier d'un mois à l'autre, des éventuelles absences consécutives aux séances de kinésithérapie et des quelques brèves pauses supplémentaires nécessaires.

Du point de vue pronostique, il ne faut pas attendre une amélioration sensible de l'atteinte à la santé et des aptitudes professionnelles liées au travail au cours de ces 5 à 10 prochaines années. Par conséquent, le taux de capacité de travail de 75% dans une activité professionnelle médicalement adaptée est valable pour une longue durée.

Enfin, il n'y a pas lieu de réorienter professionnellement à nouveau cet assuré, mais il serait souhaitable que l'Assurance Invalidité lui apporte une aide au placement. Pour terminer, il ne faut pas attendre des mesures médicales qu'elles influencent la capacité de travail. »

Les limitations fonctionnelles de l'assuré ont par ailleurs été décrites comme suit :

« Il n'y a aucune limitation au plan social et aux plans psychique et mental. Par contre, au plan physique, l'atteinte lombaire justifie une incapacité de travail totale et définitive dans la profession de poseur d'isolation périphérique à partir du 19.11.99. Les limitations des aptitudes physiques sont les suivantes : limitation importante de l'extension lombaire et de la rotation G [réd. : gauche] du tronc ; limitation modérée de l'inclinaison G du tronc ; impossibilité de réaliser de manière répétitive des mouvements de flexion-extension du tronc ; importante difficulté à lever des charges du sol à la taille ou à travailler au sol ; difficulté à maintenir de manière prolongée la position debout ou assise, le tronc en porte-à-faux ; difficulté à maintenir de manière prolongée la position assise si celle-ci ne s'accompagne pas d'un bon appui lombaire ; difficulté à accomplir des trajets en voiture sur de bonnes routes durant plus d'1h et demi ; impossibilité de conduire des machines imposant des vibrations au corps entier. On peut ajouter que le patient se sent mieux s'il a la possibilité d'alterner les positions assise et debout, si son plan de travail est à une hauteur adaptée, s'il n'est pas contraint de maintenir de façon prolongée une flexion importante de la nuque, s'il n'a à manipuler que des charges légères, soit de moins de 10 kg, s'il n'a à lever horizontalement à hauteur de taille que très rarement des charges de l'ordre de 10 à 20 kg. »

Informé de ces conclusions par le Service de réadaptation de l'OAI, l'assuré s'est vu proposer une mesure d'aide au placement qu'il a déclinée avant de consulter son assureur de protection juridique, N. _____, et d'annoncer une aggravation de son état de santé. A titre de

justificatif, il a produit un nouveau rapport établi par le Dr F._____ en date du 7 octobre 2003, lequel a relevé « l'apparition progressive de signes dépressifs se traduisant par des plaintes allant dans ce sens ainsi que des signes comportementaux décrits par Wadell et Kummel » en sus d'une « composante d'irritation radiculaire plus marquée qu'auparavant ».

Le Dr V._____ a également adressé à l'OAI le 9 février 2004 un rapport médical détaillé émanant du Dr P._____, spécialiste en neurologie, ayant examiné l'assuré le 30 janvier 2004. Ce praticien a mis en exergue les éléments suivants :

« Le présent bilan s'avère plutôt rassurant mais n'apporte pas d'explications aux douleurs dont paraît souffrir [l'assuré] au niveau du membre inférieur droit.

[...] Au terme du présent bilan, comme mentionné ci-dessus, je n'ai pas fait la preuve d'une atteinte radiculaire à l'origine des plaintes formulées au niveau du membre inférieur droit. Pour ce qui est des lombosciatalgies gauches, ces dernières peuvent être en relation avec la hernie discale L4-L5 bien que celle-ci n'entraîne pas du point de vue clinique et électromyographique de déficit radiculaire. [...] »

Invité à compléter un rapport médical par l'OAI, le Dr P._____ a réitéré le 13 juillet 2004 n'avoir constaté aucune atteinte neurologique objectivable, sans être en mesure de confirmer une incapacité de travail.

En date du 6 octobre 2004, le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie consulté par l'assuré, le Dr D._____, a prononcé une incapacité totale de travail d'une durée de deux mois dès le 1^{er} octobre 2004, prolongée par certificats successifs ultérieurs.

Fondé sur l'avis de la Dresse Q._____ du SMR du 27 octobre 2004, laquelle a considéré que les conclusions de la Clinique S._____ demeuraient valables, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré compte tenu de l'exigibilité d'une activité adaptée à son état de santé à hauteur de 75% et mis à jour un taux de 36,02%.

C. Partant, l'OAI a établi une décision prononçant un refus de rente d'invalidité en date du 2 mai 2005, contre laquelle l'assuré a formé

opposition par acte du 2 juin 2005 de son mandataire, Me Thierry Thoney.

Il a notamment fait valoir que les conclusions de la Clinique S._____ n'étaient plus d'actualité, vu l'aggravation de son état de santé physique et psychique, attestée tant par le Dr F._____ que par le Dr D._____, ce dernier ayant diagnostiqué un « épisode dépressif sévère » en sus d'un « trouble somatoforme douloureux persistant ». Il a sollicité le réexamen global de sa situation, ainsi qu'une nouvelle détermination de son degré d'invalidité prenant en compte une incapacité de travail de 50%. A titre de justificatif de ses allégués, il a produit un bref rapport du psychiatre précité, daté du 8 février 2005, accompagné de certificats attestant de la persistance d'une incapacité totale de travail.

L'assurance perte de gain maladie de l'assuré a fait parvenir à l'OAI un tirage du rapport d'expertise réalisée à sa demande le 2 mars 2005 par le Dr AA._____, spécialiste en médecine interne. Ce dernier a retenu les diagnostics de « lombosciatalgies gauches dans un contexte de hernie discale L4-L5 gauche et d'une protrusion L5-S1 gauche » et de « trouble somatoforme douloureux ». Sur le plan de la capacité de travail, ses conclusions sont libellées comme suit :

« Dans l'activité professionnelle déployée jusqu'en 1999, à savoir en qualité de manœuvre dans l'isolation de façades, une incapacité de travail, partielle ou complète, me paraît se justifier, ainsi que la mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel. Ceci a d'ailleurs été effectué par l'AI.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail, pour des raisons somatiques, me paraît au moins de 80%, voire complète dans certaines conditions.

Remarques éventuelles

Se pose, par ailleurs, le problème de l'exigibilité dans le cadre du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce d'autant qu'il existe une incertitude en faveur d'un tel diagnostic, puisqu'il existe un substrat organique, quoiqu'insuffisant, pour expliquer l'ensemble de la pathologie et surtout ses complications quant à sa durée, son intensité, ainsi qu'à ses conséquences sociales et professionnelles. [...] Dans le cas de [l'assuré], une pathologie psychiatrique importante, justifiant en soi, une incapacité de travail, n'est pas retenue, même partiellement et même si le patient a adopté un statut d'invalidé. »

En date du 9 juin 2006, l'assuré a communiqué une nouvelle aggravation de son état de santé, soit l'apparition de « gonalgies », conduisant à l'admission de son opposition après mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il a annexé à sa correspondance un rapport d'imagerie médicale du 8 novembre 2005, ainsi qu'un rapport du Dr F. _____ au Dr V. _____ du 20 avril 2006, faisant état de ce qui suit :

« [...] Sur le plan médical, la situation ne s'est guère modifiée du point de vue rachidien, hormis une augmentation de l'intensité de la douleur et de la fréquence des survenues de celle-ci. [...] Par contre, début 2005, [l'assuré] annonce des gonalgies nouvelles, d'abord à droite, puis à gauche, évoquant plutôt une problématique musculo-ligamentaire par un syndrome d'hyperpression rotulienne, en l'absence de blocage évoquant une problématique méniscale. Il est traité par ultrasons et gymnastique de rééducation. [...] Les examens radiologiques montrent au niveau lombaire une persistance d'une hernie discale L4-L5 déjà connue auparavant, cependant, en l'absence de comparatif, je ne puis me prononcer sur une éventuelle évolution. Au niveau des genoux, je n'y ai pas vu de lésion majeure hormis peut-être des signes de surcharge rotulienne mais à droite. [...] »

L'OAI, sur conseil du 25 juillet 2006 de la Dresse Q. _____ du SMR, a organisé un complément d'expertise à la Clinique S. _____, où l'assuré a été examiné du 20 au 22 novembre 2006 par les Drs B. _____ et T. _____, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ils ont pris en considération les diagnostics suivants se répercutant sur la capacité de travail de l'assuré, à l'issue de leur rapport du 4 décembre 2006 :

- lombo-sciatalgie chronique sur hernie discale protrusive L4-L5 et discopathie L5-S1, avec lésion d'ostéochondrose étagée (M51.1) ;
- gonalgies bilatérales sur discrète chondropathie et lésion dégénérative méniscale (M25.5).

Les experts ont libellé en ces termes leurs conclusions au titre d'appréciation du cas de l'assuré :

« [...] Sur le plan médical, la situation actuelle de [l'assuré] peut être résumée de la façon suivante :

- Il existe toujours un indiscutable syndrome vertébral attesté par des contractures et des limitations fonctionnelles. Ce syndrome

lombaire trouve son origine dans les altérations de discopathie protrusive des espaces L4-L5 et L5-S1, ainsi que dans les altérations dégénératives associées, séquellaires d'un ancien Scheuermann.

- Il existe toujours aussi une sciatalgie irritative gauche mais absolument non déficitaire. Les constatations actuelles sont superposables à celles faites lors de l'expertise de février 2003, ou celles faites par le Dr P. _____ en février 2004. Il n'y a pas de diminution de la force ou de trouble des réflexes. Les troubles de la sensibilité dans la jambe et le pied sont diffus, ne correspondant à aucun dermatome particulier.
- Quant aux gonalgies bilatérales, elles ont été investiguées par des IRM. On a retrouvé des deux côtés quelques discrètes lésions de chondropathie et des lésions de dégénérescence des ménisques. A droite, où les plaintes sont les plus importantes, la présence d'un discret épanchement articulaire, est compatible avec une réelle souffrance articulaire.
- Dans le domaine psychiatrique, la Dresse T. _____ écrit : « L'examen psychiatrique actuel se révèle sans particularité, sans élément pour une affection psychiatrique, pour une comorbidité psychiatrique ou un trouble décompensé de la personnalité.

Le diagnostic d'état dépressif, retenu antérieurement dans le rapport de février 2003 par le Dr D. _____ mais non étayé cliniquement, ne peut pas l'être ici : il n'y a aucun argument clinique en faveur de ce diagnostic actuellement et tout au plus peut-on sur la base de l'anamnèse et de la recherche dirigée de plaintes alléguer d'éléments d'allure dysthymique, clairement liés, et reconnus comme tels par [l'assuré], à des difficultés économiques et réactionnelles aux aléas asséculo-logiques. [L'assuré] décrit très précisément une réaction émotionnelle forte, violente, à l'annonce de l'AI de mai 2005 et qui s'est anamnestiquement amendée en moins d'un mois.

Le diagnostic enfin de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas l'être en l'absence d'éléments significatifs retenus habituellement, en particulier en l'absence de « sentiment de détresse » ou de conflit émotionnel majeur, la douleur accusée n'en ayant par ailleurs pas les caractères habituels, envahissants, diffus, et pouvant être rapportés essentiellement aux troubles que vous avez recensés dans la sphère somatique. »

On peut donc estimer l'évolution des affections somatiques de [l'assuré] de la façon suivante :

- Rien ne permet d'affirmer qu'il y ait une aggravation objective de la situation au niveau vertébral. Les constatations actuelles recouvrent celles faites en 2003 et les plaintes de l'assuré ne semblent pas s'être notablement modifiées à ce niveau.
- Au niveau des genoux, une aggravation objective peut par contre être attestée, notamment au niveau du genou droit. Même si les trouvailles de l'IRM sont discrètes des deux côtés, la présence d'un épanchement articulaire à droite traduit une réelle souffrance articulaire.
- Il n'y a actuellement aucun diagnostic psychiatrique à retenir dans le cas de [l'assuré].

[...] Sur le plan professionnel la situation peut être appréciée de la façon suivante, en précisant que seules les affections somatiques ont une répercussion sur la capacité de travail :

- Les activités habituelles d'ouvrier agricole et de maçon ne sont plus exigibles en raison de la pathologie vertébrale seule.
- Dans une activité adaptée, en positions alternées assis-debout, sans port de charges, sans travaux physiquement pénibles et sans longs déplacements, une capacité de travail de l'ordre de 60% est médicalement exigible.

Lors de l'expertise de 2003, cette capacité de travail avait été estimée à 75% dans une activité adaptée. L'apparition d'une nouvelle pathologie, à savoir une chondropathie des genoux bilatérale, justifie à mon avis une diminution de la capacité de travail, même dans une activité adaptée. En effet, la fatigue douloureuse entraînée par cette double pathologie lombaire et des genoux, ne permettrait pas, à mon avis, un travail hebdomadaire de plus de trois jours par semaine, ou une activité quotidienne de plus de 5-6 heures par jour. »

Le SMR, par le biais de la Dresse Q._____, s'est rallié aux conclusions de la Clinique S._____ le 18 décembre 2006, admettant une réduction à 60% de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé dès le début de l'année 2005, des suites de l'apparition de la nouvelle pathologie des genoux.

Le Service des enquêtes de l'OAI a fixé les revenus hypothétiques avec et sans invalidité, déterminants pour le calcul du préjudice économique de l'assuré, en date du 3 mars 2008. Il s'est fondé sur les données communiquées par l'ancien employeur de l'assuré pour retenir un revenu sans invalidité de 63'006 fr. pour 2005. Quant au revenu d'invalidé, le montant de 31'229 fr. a été pris en compte sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Fondé sur les éléments médicaux et professionnels ci-dessus, l'OAI a établi sa décision sur opposition le 4 mars 2008, confirmant le degré d'invalidité de 36,02% calculé pour la période s'étendant de novembre 1999 à décembre 2004, au vu d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée conforme aux conclusions de la Clinique S._____. Dès janvier 2005, compte tenu de l'aggravation de l'état de santé réduisant à 60% la capacité de travail exigible dans un poste

respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, le taux d'invalidité se trouvait majoré à 50,44% après réduction de 10% des salaires statistiques. L'OAI a considéré dès lors que l'assuré pouvait prétendre un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005 et une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2005, à l'issue des délais prévus aux art. 29 al. 1 let. b aLAI et 88a al. 2 aRAI.

Cette décision sur opposition est entrée en force faute de recours de l'assuré dans le délai légal, tandis que la caisse de compensation compétente l'a exécutée en émettant pour le compte de l'OAI des décisions datées du 22 mai 2008 fixant les montants de rente correspondants.

D. L'assuré, représenté par une nouvelle mandataire, Me Anne-Sylvie Dupont, a présenté une demande de révision de son droit à la rente en _____ date _____ du 7 mai 2010.

A l'appui de cette requête, il a produit un tirage de divers rapports établis par ses médecins traitants, les Drs F. _____ et D. _____, entre septembre 2009 et mars 2010. Sur le plan physique, le premier praticien précité a relevé, des suites d'imagerie médicale, la présence de « discopathies et altérations dégénératives étagées prononcées en C4-C5 et C5-C6 » et confirmé des « lésions structurelles cervicales arthrosiques ». Quant à l'aspect psychique, après avoir écarté formellement le diagnostic de « trouble somatoforme douloureux persistant » en dépit de la réalisation des critères de Förster, le Dr D. _____ a mis en exergue un « épisode dépressif sévère à moyen », ainsi que plus généralement la chronicisation du trouble dépressif présenté par son patient.

Après analyse de l'ensemble des pièces médicales du dossier, le Dr C. _____, médecin auprès du SMR, a estimé dans un avis du 9 septembre 2010 que les pièces produites par l'assuré ne démontraient

pas une aggravation durable et significative de son état de santé, susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail. Il a en revanche considéré que des mesures professionnelles étaient indiquées.

Reçu en entretien auprès du Service de réadaptation professionnelle de l'OAI le 15 octobre 2010, l'assuré a déclaré ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative du fait de son état de santé, à tout le moins pas au taux de 60%, et a expressément renoncé à entrer dans une démarche de réintégration professionnelle.

Vu les éléments ci-dessus, l'OAI a émis un projet de décision le 12 novembre 2010, prononçant le refus d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, en l'absence d'aggravation durable de la situation médicale de nature à modifier le degré d'invalidité retenu précédemment.

L'assuré a contesté ce projet par écriture de sa mandataire du 13 décembre 2010, rappelant l'aggravation objective de son état de santé du fait de l'apparition de lésions à la colonne cervicale. Il a complété ses griefs le 31 janvier 2011, relevant que l'appréciation du SMR - effectuée sur dossier - s'avérait forcément sectorielle et ne permettait pas de faire douter du consilium réalisé au sein du Centre hospitalier K._____ sous l'égide du Dr F._____ en concertation avec le Dr D._____. Il a dès lors conclu à la prise en compte de l'intégralité de ses atteintes à la santé avant que l'OAI ne statuât définitivement sur ses droits.

Le SMR, par avis du 16 mars 2011, a préconisé un examen rhumatologique en son sein, lequel a été effectué le 31 mars 2011 par le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, le rapport corrélatif ayant été établi le 18 mai 2011.

A l'issue d'un examen complet et de l'analyse des éléments pertinents de l'anamnèse, le spécialiste précité a pris en compte les diagnostics ci-après de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré :

- lombosciatalgies gauches chroniques (M54.4), soit hernie discale L4-L5 paramédiane gauche au contact de la racine L5 gauche, ostéochondrose étagée et séquelles de maladie de Scheuermann ;
- cervico-brachialgies droites chroniques (M54.2), soit cervicarthrose C4-C5, C5-C6, sans argument pour un conflit radiculaire ou médullaire ;
- syndrome de la coiffe des rotateurs droite clinique (M75.1) ;
- gonalgies mécaniques sur discrète chondropathie (de grade I) associée à des lésions méniscales dégénératives (M25.5).

Il a au surplus observé une « majoration des plaintes », un « déconditionnement musculaire focal et global associé à des dysbalances », ainsi qu'une « surcharge pondérale avec obésité de classe I », sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

Il a par ailleurs fait part de son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] La documentation radiologique nouvelle mise à disposition (Rx du rachis dorsal et IRM du rachis cervical du 13.02.2009 met en évidence des troubles dégénératifs (cervicarthrose) du rachis cervical touchant les segments C4-C5, C5-C6, sans mise en évidence de lésion radiculaire ou médullaire. La documentation radiologique ancienne à disposition au dossier médical met en évidence des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec présence d'une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche au contact de la racine L5 gauche, associée à une discopathie L5-S1, sans mise en évidence de signe compressif sur la plan radiculaire et la présence d'une chondropathie de grade I bilatérale, associée à des troubles dégénératifs méniscaux bilatéraux.

L'ensemble de la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré, l'évolution de celle-ci dans le temps, et l'ampleur du handicap revendiqué par l'assuré ne peuvent être expliqués uniquement par les atteintes structurelles mises en évidence aux différents examens complémentaires mis à disposition. Cet assuré présente des signes clairs de non-organicité dans un contexte oppositionnel et démonstratif, aggravés par un déconditionnement musculaire et des dysbalances dans un contexte de désinsertion socio-professionnelle évoluant depuis plus de 12 ans actuellement. Le déconditionnement musculaire et les dysbalances sont aussi aggravés par l'utilisation d'une ceinture lombaire depuis 8 ans environ.

Les nouvelles plaintes mises en avant par l'assuré (cervicobrachialgies droites) à caractère invalidant ne sont pas corroborées par la documentation radiologique mise à disposition. En ce qui concerne les investigations radiologiques cervicales, l'assuré présente un trouble dégénératif localisé à l'étage C4-C5, C5-C6, sous la forme de protrusions discales de localisation médiane et paramédiane gauche, associées à une uncarthrose étagée induisant

une sténose modérée au niveau des trous de conjugaison gauches (les symptômes mis en avant par l'assuré sont localisés à droite en contradiction avec les troubles structurels objectivés).

Les cervicolombalgies chroniques présentées par l'assuré ne sont pas en soi une maladie, mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées. Une des causes comme déjà mentionné est la présence de troubles statiques et dégénératifs, lesquels n'expliquent cependant pas entièrement l'intensité ni la persistance des symptômes.

Dans la littérature, il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychologiques, le handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évaluation et la reprise d'une activité professionnelle, que des données anatomo-structurelles objectives à proprement parler.

En conclusion : cet assuré présente une aggravation de son état de santé par rapport à l'expertise pluridisciplinaire de 2006, avec mise en évidence d'une arthrose cervicale modérée. L'ensemble de la symptomatologie mis en avant par l'assuré ne peut être imputé aux lésions structurelles objectives (lésions prédominant à gauche avec une symptomatologie revendiquée à droite). L'ensemble des plaintes de cet assuré s'inscrit dans un processus de majoration des symptômes et comportement d'invalidé, entretenus par une désinsertion socio-professionnelle depuis plus de 12 ans. La cervicarthrose revendiquée comme handicapante est à l'origine de limitations fonctionnelles supplémentaires, mais n'a pas d'incidence sur la capacité de travail globale de l'assuré, déjà fixée à 60 % dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles

Nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à l'atteinte cervicale : pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 15 kg, pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion-extension, éviter les mouvements répétitifs de torsion du rachis cervical en flexion-extension, éviter les mouvements répétitifs de torsion du rachis cervical. Eviter les activités en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° de façon répétitive et au-delà de 90° contre résistance de façon occasionnelle.

Limitations fonctionnelles en relation avec la pathologie lombaire et la gonarthrose débutante : pas de position statique assise prolongée au-delà d'1 heure sans possibilité de varier les positions au minimum 1 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance de façon répétée, éviter les positions en genuflexion ou accroupie, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable. Eviter l'exposition à l'humidité et au froid. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 1 h.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'assuré a cessé toute activité professionnelle depuis 1999.

Une demi-rente lui est accordée depuis le 01.05.2005. Sur le plan médical, une incapacité de travail totale dans une activité antérieure est retenue, avec une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'aggravation revendiquée par l'assuré est tout à fait pertinente sur le plan structurel (radiologique) et à l'origine de limitations fonctionnelles supplémentaires. Toutefois, la capacité de travail résiduelle de l'assuré est considérée comme inchangée dans une activité adaptée.

Les lésions structurelles présentées par cet assuré sont à l'origine d'une diminution de rendement évaluée à 40% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles établies. [...] »

Étant donné les conclusions du SMR, l'OAI a rendu, en date du 9 juin 2011, une décision conforme à son projet de décision du 12 novembre 2010, considérant l'absence de modification de la capacité de travail et de gain de l'assuré et prononçant en conséquence le refus d'augmenter sa rente d'invalidité.

E. L'assuré a déféré la décision du 9 juin 2011 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de sa mandataire du 13 juillet 2011, reprenant et étayant ses précédents griefs. Sur le plan psychiatrique, il a rappelé la sévérité du trouble dépressif diagnostiqué par son psychiatre traitant, tout en relevant ne pas avoir fait l'objet d'expertise de ce point de vue. Quant à l'aspect physique, il a souligné la divergence des avis spécialisés dans son cas, estimant que l'appréciation du Dr F._____ et des spécialistes consultés par ce dernier au Centre hospitalier K._____ devraient emporter la conviction. Considérant que l'aggravation de son état de santé serait dès lors avérée, il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A titre subsidiaire, non sans avoir concédé que l'appréciation globale de sa capacité de travail devrait être déterminée dans le contexte d'une expertise pluridisciplinaire, il a proposé l'annulation de la décision querellée sous suite de renvoi à l'administration pour instruction complémentaire.

Par réponse du 20 septembre 2011, l'OAI a préavisé le rejet du recours. Il a observé que le psychiatre traitant du recourant n'avait pas fait état d'élément nouveau justifiant une investigation complémentaire sur le plan psychiatrique, la situation de l'assuré à cet égard devant être qualifiée de stationnaire depuis l'expertise réalisée par la Clinique

S._____ le 4 décembre 2006. S'agissant de l'aspect somatique, l'intimé a argué de la valeur probante du rapport d'examen réalisé au sein du SMR par le Dr R._____ en date du 31 mars 2011. Il a exclu toute divergence d'opinion avec les conclusions du Dr F._____, ce dernier ne s'étant pas exprimé en termes de capacité de travail.

L'assuré a répliqué le 30 novembre 2011, remarquant que les expertises de référence dans son cas étaient antérieures à sa demande de révision formulée le 7 mai 2010, dans le cadre de laquelle l'intimé n'avait nullement investigué son état de santé psychique. Il a au surplus réitéré qu'au vu de la spécialisation du Dr F._____, ses conclusions devaient l'emporter sur celle d'un médecin salarié de l'OAI, au demeurant non rhumatologue.

L'intimé a indiqué ne pas avoir de remarques supplémentaires à formuler en date du 10 janvier 2012.

F. Par correspondance du 8 février 2012, le juge instructeur a informé les parties de son intention de confier une expertise pluridisciplinaire de l'assuré aux Hôpitaux BB._____, mesure avec laquelle elles ont fait part de leur aval, tandis que le mandat corrélatif a été établi le 10 avril 2012.

En date du 10 août 2012, le Département de santé mentale et de psychiatrie des hôpitaux précités a fait parvenir un rapport d'expertise psychiatrique, élaboré le 6 août 2012 par deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, les Drs E._____ et I._____.

Ces derniers, après analyse anamnestique détaillée et examens cliniques de l'assuré, ont fait état de l'absence de tout diagnostic du registre psychique, observant notamment ce qui suit :

« [...] **2. Plaintes et données subjectives de l'expertisé**

Il n'a pas de plaintes sur le plan psychiatrique.

Son discours est centré sur ses douleurs à différents niveaux : au dos, aux genoux, à la nuque. En plus, depuis quelques jours il constate des fourmillements et des douleurs au niveau du crâne.

L'expertisé dit qu'il aimerait travailler si c'était possible, mais que son état ne le lui permet pas.

3. Status clinique

[...]

Status psychique : l'expertisé se présente à l'heure à ses rendez-vous. Sa tenue vestimentaire est correcte et son hygiène bien soignée. Il est calme, collaborant avec une attitude adéquate.

Son discours est simple, laconique mais informatif et cohérent.

Il est vigilant, orienté dans le temps, l'espace, la situation et par rapport à lui même. L'attention, la concentration et la mémoire sont conservées. La pensée est bien organisée.

Sa thymie est neutre, et les affects congruents à l'humeur. Il n'a pas de troubles de l'appétit. Au niveau du sommeil, il a des difficultés à dormir en raison de ses douleurs et non pour raison psychiatrique.

Il ne présente pas d'anxiété.

Il décrit une irritabilité quand ses douleurs deviennent très fortes.

Nous ne constatons pas d'irritabilité pendant les entretiens.

Il ne présente pas de signes de consommation ou de sevrage de substances psycho actives.

[...]

5. Appréciation du cas et pronostic

[...] Actuellement, l'évaluation et le status n'ont relevé aucun trouble ou symptômes psychiatriques. Nous ne constatons pas d'éléments dépressifs, (échelle Hamilton dans la norme). L'état dépressif de l'expertisé est en rémission complète.

Le diagnostic de trouble somatoforme persistant posé par le passé par le Dr D. _____ a été retiré en 2010 suite à une communication entre les

Drs D. _____ et F. _____. Actuellement, nous ne pouvons pas parler d'un trouble somatoforme vu l'absence de sentiment de détresse ou de trouble psychique.

L'expertisé décrit une irritabilité modérée lors des moments de fortes douleurs, qui ne peut pas être considérée comme pathologique.

Le traitement antidépresseur de Saroten pourrait être poursuivi pour son action antidouleur. Le suivi par Dr D. _____ pourrait être un soutien psychologique bénéfique pour l'expertisé, vu la sensibilité psychologique des personnes qui souffrent de douleurs chroniques.

En conclusion, l'expertisé ne présente pas, actuellement, de troubles psychiatriques. Par conséquent, il n'y a pas d'influence sur sa capacité de travail sur le plan psychiatrique. [...] »

Le recourant s'est déterminé sur le rapport susmentionné par écriture du 28 août 2012, constatant que seul le volet psychiatrique de la situation avait été analysé et requérant que ce document soit complété par des examens somatiques, ainsi que l'avait d'ailleurs requis le juge instructeur.

Quant à l'intimé, il a également relevé en date du 6 septembre 2012 que le rapport d'expertise du 6 août 2012 était limité au registre

psychiatrique et s'est référé à un avis du SMR du 23 août 2012, annexé à son écriture, par lequel les Drs J._____ et H._____ proposaient néanmoins d'en suivre les conclusions.

G. Le juge instructeur a communiqué aux parties, en date du 29 janvier 2013, sa décision de poursuivre l'instruction du dossier par un mandat d'expertise rhumatologique à l'attention du Bureau d'expertises CC._____ à [...].

Les parties s'étant déclarées d'accord avec cette mesure d'instruction complémentaire, le juge instructeur a formellement confié le mandat en question au Bureau d'expertises CC._____ le 18 février 2013.

Le Bureau d'expertises CC._____ a procédé à l'examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré en date du 3 mai 2013 et requis des radiographies complémentaires le 15 mai 2013, ainsi qu'un contrôle clinique effectué le 21 mai 2013. A l'issue de leurs investigations et d'un consilium bidisciplinaire, les experts, à savoir la Dresse O._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport daté du 16 août 2013. Ils ont retenu les diagnostics suivants, sur le plan strictement somatique, en l'absence de toute pathologie observée sur le plan psychiatrique :

- lombosciatalgies et lombobrachialgies dans le cadre d'une spondylodiscarthrose sans signe radiculopathique ni myélopathique (M47.8), de séquelles d'ostéodystrophie de croissance, et dans le contexte d'un Trouble douloureux chronique irréductible (R52.1) et de dysbalance musculaire ;
- gonalgies antérieures d'origine indéterminée (M25.5) (pas de syndrome fémoro-patellaire clinique actuel évident) sur gonarthrose incipiens ;
- périarthropathie radiologique de l'épaule droite (M75.0) sans signe clinique d'insuffisance de coiffe ;
- obésité de classe I (E66.9) associée à une dyslipidémie ;
- insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs modérée (I87.2) ;
- ronchopathie (R06.5) (à investiguer) ;
- tabagisme (à 28 U/année) ;

- sinusites et congestion nasale chroniques ;
- hyperlymphocytose (probablement dans le contexte du tabagisme) ;
- athéromatose aortique (I10.0) (découverte fortuite c/ tabagique, à investiguer) ;
- signes de leucoencéphalopathie vasculaire banale sans élément clinique déficitaire évident identifié.

Ils ont par ailleurs fait état de leurs observations étayées justifiant les diagnostics somatiques précités en ces termes :

« [...] 5.2.2 **Qu'en est-il actuellement ?**

[L'assuré] se plaint du haut du dos et de la nuque en précisant qu'il faut noter « dès 2009 » pour l'apparition de ces douleurs. Une évaluation radiologique du rachis dorsal montre des séquelles de maladie de Scheuermann, sans plus. Une IRM cervicale réalisée dans le même temps montre des lésions cervicarthrosiques étagées, qui, comme au niveau lombaire ne s'associent pas à des problèmes neurologiques. Au niveau lombaire, il est confirmé une discrète spondylarthrose prédominant comme en 2003 en L4-L5. L'évolution en 10 ans est banale, bénigne.

A l'expert psychiatre, [l'assuré] a évoqué les douleurs et ses limitations dans sa vie quotidienne sans répercussion sur sa vie sexuelle. L'expert fait préciser à ce propos s'il existe une accentuation des lombalgies lors des rapports sexuels, [l'assuré] répond que cela n'est pas significatif et n'est pas limitatif dans ses relations de couple avec son épouse. Ces derniers temps, il présente parfois des difficultés d'érection.

L'arthrose rachidienne est une maladie rhumatismale dégénérative. En localisation, elle touche préférentiellement les espaces discaux C5-C6, C6-C7, L4-L5 et L5-S1. Selon la tendance constitutionnelle, l'âge, la statique du rachis, elle touche de manière plus ou moins importante les unités segmentaires vertébrales, avec l'apparition d'une ostéophytose, d'une arthrose postérieure. Sa forme plus grave radiologiquement, la maladie de Forestier donne lieu à d'importants ostéophytes. Sa gravité ne repose pas sur le fait qu'elle atteigne le segment lombaire et/ou cervical et/ou dorsal mais qu'elle entraîne des rétrécissements de foramina provoquant des atteintes radiculaires, ou du canal provoquant des souffrances médullaires. Elle peut donner lieu à des atteintes asymétriques lors de scolioses-rotations avec des pincements discaux importants, des glissements vertébraux (olisthésis) dans le sens antéro-postérieur et latéral, ce qui peut constituer des menaces neurologiques. Dans certaines maladies métaboliques, elle peut donner lieu à des discites érosives avec des poussées congestives très importantes susceptibles aussi d'atteindre, par effet compressif et sténosant les structures nobles, les racines des nerfs ou la moëlle épinière. Cela n'est pas le cas de notre expertisé.

[L'assuré] s'est plaint de sa nuque déjà lors de sa rééducation en 2003.

Il ne présente aucun des critères de gravité évoqué ci-dessus. Comme le souligne de manière récurrente le Dr F. _____, il présente surtout des dysbalances musculaires symptomatiques.

Dans le travail initial physiquement éprouvant chez un patient qui avait travaillé dur depuis son adolescence, il était justifié de prescrire un arrêt de travail total.

Il est plus difficile de comprendre les préoccupations du Dr F. _____ qui ne voyait pas son patient travailler à plus de 50% dans une activité adaptée. L'expertisé a déjoué le pronostic du Dr F. _____ en ce qui concerne les critères de gravité.

Le Dr F. _____ lui-même a émis - lors d'études cliniques - le résultat des programmes thérapeutiques visant sur la rééducation fonctionnelle et le maintien d'activité des patients. Il a publié des articles notamment en 2006.

[...] Notre patient ne présente aucun signe d'alerte en faveur d'une lombalgie spécifique (Tableaux 3 et 4 de l'article F. _____). Il existe chez l'expertisé l'absence de relation évidente avec les diverses lésions structurelles. Le Dr F. _____ relate le concept de condition physique bien reconnu de nos jours de manière universelle en rhumatologie, avec la relation inverse entre une bonne condition physique et la lombalgie, et le rôle indéniable des facteurs bio-psycho-sociaux. C'est l'absence d'éléments structurels évidents dans ces pathologies qui a amené le Dr F. _____ à reconnaître, comme nos pairs en rhumatologie, que le stress, les croyances dans le rôle de malade jouent un rôle important dans le développement d'une impotence fonctionnelle.

Notre patient présente des « yellow flags » en nombre (Tableau 5 de l'article de F. _____) avec un absentéisme au travail même lors de la réadaptation, il est persuadé d'une cause externe à lui-même (mon premier patron en Suisse m'a trop fait travailler, les raisons économiques ne m'ont pas permis de retrouver un travail), il est convaincu de l'absence de solution (sauf augmenter sa rente) et a adopté une approche passive (le repos sur mon canapé). On a tous les éléments d'une dynamique de chronicisation rejoignant le mauvais pronostic au plan professionnel mais non pas au sens d'une grave pathologie menaçante pour l'enjeu vital.

Il faut bien entendre dans cet article que si le pronostic s'assombrit au-delà de 3 mois d'arrêt de travail, c'est bien au plan fonctionnel, ce n'est pas au plan des critères de gravité maladifs.

[...] L'analyse globale de la spondylarthrose de [l'assuré] montre que :

- L'évolution radiologique est plutôt favorable si l'on examine l'évolution depuis 1999. Il n'y a pas de discite érosive destructive, pas de sténose installée significative, Les images actuelles montrent des lésions dégénératives somme toute modérées, compatibles avec l'âge de l'expertisé. Elles correspondent à ce que l'on voit dans la population générale active, sans plus.

- L'évolution clinique au plan thérapeutique n'est pas si mauvaise, [l'assuré] s'en tient à la même médication qu'à l'époque, qu'il peut même alléger en fonction des événements de la vie telle que la communion de sa fille cadette, il a un suivi en physiothérapie moins soutenu que lorsqu'il suivait la physiothérapie intensive au Centre hospitalier K. _____. Sur ce plan le traitement a été allégé.

- L'évolution clinique au plan du status ne fait pas état d'élément de gravité tel qu'une atteinte neurologique irritative ou déficitaire que ce soit au niveau radiculaire qu'au niveau médullaire, [l'assuré] présente un excellent trophisme musculaire qui déjoue le descriptif de quelqu'un qui passe ses journées sur un canapé. [...] Nous n'avons notamment pas de signe radiculaire en C5 gauche, racine pouvant être irritée par la discopathie C4-C5 paramédiane gauche.

[L'assuré] se plaint de douleurs globales du membre supérieur droit l'obligeant parfois à lâcher son volant en conduisant, pour lesquelles nous n'avons pas de substrat évident.

En absence de signe d'appel neurologique, nous n'avons pas estimé utile de compléter l'expertise par un bilan neurologique. L'examen clinique est superposable à celui du Dr P. _____. [...]

L'état des autres sites douloureux : genoux, épaules ne permet pas de retenir d'autre élément évoquant une aggravation significative de l'état de santé depuis 1999. Les atteintes dégénératives débutantes ne sont pas suffisantes pour que l'on sorte de l'exigibilité déjà fortement réduite retenue à l'époque.

[L'assuré] présente un état de vieillissement normal de l'appareil locomoteur, depuis l'octroi de la rente, qui en soi ne nous paraît pas suffisant pour déterminer une aggravation. Il est sujet aux arthroses, mais elles sont encore discrètes chez lui.

Rappelons que les limitations fonctionnelles retenues étaient celle d'un travail léger, en position alternée, sans port-à-faux pour le rachis et sans travail en zone basse pour les genoux.

[...] L'évolution en tant que telle n'est pas si mauvaise sur le plan psycho-social. [L'assuré] a eu le bonheur, dit-il, d'avoir un deuxième enfant après l'obtention de sa rente, il s'en occupe, il est très présent à la maison pour entourer sa fille. Il peut se rendre au Portugal, comme c'est le cas lorsque nous terminons l'expertise, en voiture, sur un très long trajet.

Cela contredit du reste ses plaintes où il mentionne avoir parfois de telles douleurs au bras droit qu'il doit lâcher le volant de sa voiture après 2 km, ce qu'il a réfuté lorsque nous avons suggéré que son aptitude à une freinage d'urgence soit testée. [L'assuré] a d'emblée tenu un discours plus rassurant me disant qu'il maîtrisait parfaitement cette situation et qu'il était exclu qu'il renonce à conduire sa voiture, que ces douleurs en fait, il pouvait les maîtriser selon les circonstances et qu'il estime qu'il ne prend aucun risque, même pour un freinage d'urgence.

Au terme de mon examen, je ne vois pas de raison médicale à limiter ces longs trajets, [l'assuré] ne présentant pas une grave affection de l'appareil locomoteur. Je ne vois pas de raison médicale somatique pour retenir un degré plus haut d'incapacité de travail que ce qui est déjà admis.

A la lecture des documents, on constate que l'inactivité a été délétère au patient et qu'elle n'a en rien diminué ses douleurs, au contraire. Sujet à l'embonpoint, il se trouve actuellement au stade de l'obésité avec quelques éléments d'un syndrome métabolique.

Sur les clichés du rachis lombaire, si les lésions arthrosiques sont bénignes, fréquentes, banales pour son âge, on constate une athéromatose aortique qui n'est pas si fréquente ni banale à son âge, même s'il s'agit d'une maladie silencieuse à ce stade. Cela incite à ce qu'il revoie avec son médecin traitant les divers paramètres qu'il peut influencer : un sevrage en tabagisme, une perte pondérale avec l'aide d'une diététicienne, une activité quotidienne légère en aérobie de l'ordre de 30 minutes.

Il est à risque de développer un syndrome d'apnée du sommeil et pense qu'il a une ronchopathie. Nous suggérons à son médecin traitant d'investiguer cela aussi. Il s'associe une toux vraisemblablement chronique que l'expertisé banalise justifiant en soi également le bilan pneumologique.

Les facteurs de risque cardio-vasculaires qu'il cumule à son tabagisme le mettent à risque de développer des atteintes micro-et

macro angiopathiques. Son récent bilan cardiologique était rassurant. Il démontre notamment d'une bonne aptitude à l'effort puisque [l'assuré] a développé 195 Watts. Il n'a pas dû s'arrêter pour une plainte quelconque de l'appareil locomoteur, ce qui est en concordance avec son habitus d'un homme costaud, musclé.

Nous signalons une leucocytose de découverte récente (2012) stable (2013) portant sur le comptage lymphocytaire. Il peut s'agir d'un simple effet toxique du tabagisme mais l'on ne peut se contenter de cette hypothèse d'exclusion. [...]

En conclusion, [l'assuré] a présenté dès la trentaine des lombalgies communes avec pseudo-sciatalgies sur un discret trouble dégénératif, assortie de dysbalances musculaires sur des muscles toniques mais raccourcis. Il a travaillé jeune dans des métiers physiquement pénibles et déclare avoir été « exploité » en Suisse durant les premières années où il a travaillé comme ouvrier agricole. Les prédictions du Dr F. _____ ne se sont pas vérifiées. L'évolution actuelle au plan radiologique est tout à fait satisfaisante à tous les étages rachidiens, que ce soit au niveau cervical, dorsal et lombaire. A aucun étage il n'y a pas d'atteinte segmentaire donnant lieu à un syndrome radiculaire, à aucun étage il n'existe des signes évocateurs d'un rétrécissement canalaire avec myélomalacie.

Le déconditionnement n'est pas massif, de toute manière pas en relation avec la vie très sédentaire décrite. [L'assuré] garde un bon volume musculaire, ce qui est en contradiction avec une vie totalement sédentaire. Les muscles restent toniques, mais ils sont raccourcis comme cela est souvent le cas chez les sujets de solide constitution, trapus.

[...] Les gonalgies restent sans substrat évident actuellement. Si au SMR on notait en 2011 des signes de chondropathie, ceux-ci sont absents au présent bilan. Nous confirmons une gonarthrose incipiens et confirmons les limitations déjà données pour le travail en zone basse (à genoux) ou les longs déplacements sur terrain irrégulier dans les escaliers.

Il n'y a pas de signe actuel de périarthropathie de l'épaule droite évident, reproductif. Nous avons noté que l'IRM relevait quelques atteintes dégénératives des tendons mais la coiffe reste cliniquement efficiente. [...]

Le diagnostic différentiel montre des points d'allodynie mais en nombre insuffisant pour évoquer un diagnostic de fibromyalgie, Nous avons retenu le diagnostic, proche, de trouble douloureux irréductible vu la bénignité des constatations objectives et l'ampleur des troubles subjectifs.

Nous n'avons pas de critères pour un rhumatisme inflammatoire, une maladie de système, une dysendocrinopathie. Il n'y a pas non plus de critère pour une maladie évolutive osseuse, ni pour une algodystrophie. [...] »

En termes de capacité de travail, les experts se sont exprimés comme suit :

« [...] Incapacité de travail totale au plan somatique dans les activités physiquement pénibles d'ouvrier du bâtiment ou de l'agriculture.

Limitations fonctionnelles : éviter les charges de plus de 10 kg de manière répétée et de 15 kg occasionnellement, pas de position

statique prolongée de la tête, du rachis en général, éviter les mouvements répétés prolongés en rotations/flexion/extension de la tête, du tronc, éviter les activités en zone haute (au-delà de 60° des bras en répétitif et 90° occasionnellement) et en zone basse (position en flexion des genoux), éviter les marches d'escaliers de manière répétitive et le travail en terrain instable, ou nécessitant la marche prolongée.

Dans une telle activité la CT est d'au moins 60%.

[...] Le pronostic d'une reprise professionnelle même partielle après tant d'années est nul. Des éléments de kinésiophobie sont présents ainsi que des facteurs de majoration. Si ceux-ci sont sans doute responsables des échecs de réinsertion, ils devraient être considérés comme des éléments sortant du champ strictement médical (yellow flags).

Notre examen clinique a été réalisé sans l'influence d'une thérapeutique médicamenteuse. Le monitoring thérapeutique du Saroten® révèle un taux sérique indétectable pour une substance de longue demi-vie. Nous n'avons pas dosé le méfénacide car le patient a dit clairement qu'il n'en n'avait pas pris le matin de l'expertise. [...] »

Quant au volet psychiatrique, il a fait l'objet des observations suivantes :

« Le présent examen ne met en évidence aucun trouble psychiatrique actif à l'heure actuel. L'épisode dépressif constaté autour de 2003-2004 est en rémission. Les fluctuations subjectives de l'humeur sont trop peu prononcées pour justifier un diagnostic de trouble de l'humeur, d'autant qu'elles ne sont pas accompagnées des autres signes habituels en cas d'épisode dépressif. Il n'y a pas de non plus de manifestations anxieuses atteignant le degré d'un trouble clinique, ni d'autre pathologie psychiatrique significative. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne se justifie pas du moment qu'il existe certaines atteintes somatiques objectives, et qu'il n'existe pas de problèmes psycho-sociaux ou de conflits émotionnels pouvant servir de support à des douleurs psychogènes. L'absence de pathologie psychiatrique avait déjà été constatée par les expertises psychiatriques précédentes, celle de la Clinique S. _____ en 2006 et celle du Département de psychiatrie des Hôpitaux BB. _____ en 2012. Le psychiatre traitant maintient son opinion selon laquelle il existe une dépression moyenne, mais il nuance son point de vue en déclarant que le problème est avant tout physique.

5.3.2. Capacité de travail

En l'absence d'atteinte psychiatrique, il n'y a évidemment pas de motif psychiatrique pour une incapacité de travail. [...] »

Se prononçant en date du 9 septembre 2013 sur le rapport d'expertise du Bureau d'expertises CC. _____ du 6 août 2013, l'intimé a mis en exergue la pleine valeur probante devant à son sens être accordée

à ce document. Il a relevé que les observations des experts étaient superposables à celles du SMR et s'est référé également à un nouvel avis de ce service, établi le 29 août 2013 par les Drs J._____ et A._____, ceux-ci s'étant ralliés à l'appréciation du Bureau d'expertises CC._____. L'OAI a en conséquence persisté dans ses précédentes conclusions tendant au maintien de la décision entreprise.

Le recourant s'est déterminé le 23 décembre 2013, concédant a priori que le rapport d'expertise judiciaire remplissait les critères jurisprudentiels permettant de lui accorder valeur probante. Cela étant, il a considéré que l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative n'était pas clairement établie et déploré l'absence de détermination sur la prescription d'une médication antidépressive. Il a encore fait valoir que le diagnostic de « trouble douloureux irréductible » était retenu alors que celui de « trouble somatoforme douloureux » écarté en dépit d'une analyse effectuée au moyen des critères de Förster. Il a en conséquence proposé des questions complémentaires à l'attention des experts.

Le 28 janvier 2014, l'OAI a estimé que le rapport d'expertise du Bureau d'expertises CC._____ était parfaitement clair et ne requérait à son sens aucun complément, s'appuyant sur un avis du SMR des Drs J._____ et W._____, notamment libellé en ces termes :

« [...] Dans le deuxième paragraphe de son courrier, Maître Anne-Sylvie Dupont écrit que les experts « considèrent qu'à l'époque ce taux était surévalué » en parlant du taux d'invalidité de 50% retenu semble-t-il dans la décision sur opposition du 4 mars 2008. Après relecture de l'entier de l'expertise bidisciplinaire ordonnée par le TCA, _____ expertise _____ datée _____ du 16 août 2013, nous n'avons pas retrouvé ce passage, ni de discussions des experts autour de la question de l'invalidité. Les experts ne se sont prononcés que sur la capacité de travail de l'assuré et sur son évolution dans le temps en fonction des limitations fonctionnelles durables secondaires à une atteinte à la santé au sens de la LAI.

Les experts motivent clairement les raisons pour lesquelles ils ne retiennent pas le diagnostic de TSD ([réd. : trouble somatoforme douloureux] page 61/74 point 3.1) Les critères-symptômes de cette maladie au sens de la CIM-10 ne sont pas présents et les atteintes ostéo-articulaires (page 59/74) sont à même d'expliquer les douleurs de l'assuré.

L'usage du Saroten ® (DCI amitriptyline) est un antidépresseur tricyclique connu de longue date pour ses propriétés antalgiques

dans les douleurs neurogènes ou les douleurs nociceptives chroniques (285 publications dans des revues à comité de lecture ces 5 dernières années). Il n'y a donc pas de raison médicale de s'étonner de cette recommandation. [...] »

Le juge instructeur a néanmoins fait suite à la suggestion du recourant et transmis au Bureau d'expertises CC. _____ les questions de l'assuré par plis du 7 février 2014, réitéré le 10 mars 2014. L'experte rhumatologue a dès lors produit un complément d'expertise en date du 12 mars 2014, exposant ce qui suit :

« 1. Quelles sont les mesures médicalement nécessaires et adéquates pour permettre le retour de [l'assuré] à l'emploi ?

[...] Actuellement, sa maladie rachidienne ne donne pas lieu à des complications locales, ni globales, ni au plan clinique ni radiologique. [L'assuré] a allégé ses prises en charges thérapeutiques.

On le comprend, les traitements bien conduits n'ont rien donné dans le passé. Les discrets signes de vieillissement de son rachis, identifiés dès 1999, ne sont pas plus évolutifs que ce à quoi on pourrait s'attendre vu le temps écoulé. Dès lors il lui appartient d'entretenir son dos, d'améliorer ses indices d'obésité par une hygiène de vie adéquate.

Nous n'avons pas de traitement adjuvant à lui proposer.

Ce n'est pas pour une maladie spécifique accessible à nos thérapies que [l'assuré] n'a pas retrouvé d'emploi.

Dès lors je ne vois pas de traitement actuellement qui puisse permettre le retour au travail. [...].

2. Dans quel laps de temps peut-on espérer une amélioration susceptible de justifier un pronostic favorable ?

[L'assuré] ne présente pas une maladie particulière susceptible de s'améliorer, mais un déconditionnement lié à son mode de vie, avec une obésité.

Il présente des lésions dégénératives de l'appareil locomoteur banales en relation avec le vieillissement. Certains patients n'en sont pas symptomatiques et continuent de travailler avec des lésions telles qu'il les présente au plan radioclinique.

Nous n'avons pas d'opération, de traitement à lui proposer.

3. Le traitement médicamenteux administré au recourant est-il adéquat ? En cas de réponse négative, veuillez préciser les modifications à apporter et les effets que l'on peut escompter.

Ut aliquid fiat, les traitements symptomatiques restent prescrits. Le traitement qu'il prend à la demande est adéquat. Il n'y a pas de contre-indication ni d'indication formelle à le prendre. Du reste,

[l'assuré] n'avait pas pris de médicament le jour de l'expertise sauf le Sarotène® selon notre anamnèse.

Le Sarotène® reste prescrit mais selon notre monitoring thérapeutique le médicament n'était pas détectable dans le sang du patient lors de notre examen. Nous n'avons pas d'indication à un traitement plus incisif. Pour le reste, nous vous rapportons à nos propositions thérapeutiques (p. 60).

Face aux diagnostics établis, [l'assuré] se trouve confronté à sa motivation pour faire face, pour maigrir et se muscler et se stretcher afin de lutter contre ses dysbalances musculaires et son obésité. Il n'y a aucune contre-indication à un programme quotidien d'exercices sportifs en aérobie contre des faibles résistances. Ils sont même recommandés comme gageurs d'un meilleur bien-être pour [l'assuré]. Aucune pathologie somatique ni psychiatrique [ne] l'empêche de mettre en oeuvre un cadre de vie avec une hygiène de vie adéquate, luttant contre l'embonpoint et la sédentarité, marche régulière, exercices en piscine avec ses filles, sports familiaux le week-end, parcours Vita etc.

4. Quelles méthodes diagnostiques avez-vous utilisées pour attribuer à l'existence de facteurs bio-psycho-sociaux exclusivement les difficultés rencontrées par le recourant à réintégrer le marché de l'emploi ? Cas échéant, veuillez joindre à votre réponse les questionnaires remplis par [l'assuré] ou par vous sur ses indications.

Nous avons recherché attentivement lors de nos étapes diagnostiques les pathologies qui pouvaient conduire [l'assuré] à un arrêt total de travail durable, à l'échec des mesures de réinsertion. N'ayant pas de cause mécanique évidente, ni de cause psychique, nous avons établi un diagnostic différentiel. Nous n'avons pas d'évidence d'une maladie non encore identifiée dans le diagnostic différentiel.

Nous avons estimé que des facteurs échappant au diagnostic au sens lésionnel interféraient.

[...]

En absence d'élément médical, les difficultés qu'a rencontrées le recourant à réintégrer le marché de l'emploi nous paraissent sortir du champ d'exploration de nos compétences et de l'expertise demandée. [...] »

L'experte a au surplus rejeté les critiques formulées par la mandataire du recourant quant aux méthodes d'examen utilisées, rappelant à toutes fins utiles que les questionnaires soumis aux assurés faisaient l'objet de nombreux débats médico-juridiques. Elle a fait allusion en outre à une journée de conférence et de formation, à laquelle participeraient Me Anne-Sylvie Dupont et elle-même dans le courant de l'automne 2014.

En date du 26 mai 2014, l'OAI a réitéré ses observations quant au caractère exhaustif et convaincant de l'expertise réalisée par le Bureau

d'expertises CC._____, estimant que les experts avaient légitimé à satisfaction leurs méthodes d'investigation. Il a derechef proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision du 9 juin 2011.

Le recourant, par écriture de sa mandataire du 23 juin 2014, a remarqué « la mauvaise grâce évidente » des experts à donner suite à leur mandat et aux questions complémentaires formulées par ses soins. Il a déploré la « prise à partie » de sa mandataire, estimant que cet élément démontrait la partialité des experts et ôtait à son sens toute valeur probante aux rapports corrélatifs des 16 août 2013 et 12 mars 2014. Il a conclu à l'organisation d'une nouvelle expertise judiciaire pluridisciplinaire avant que son droit à la rente ne fût définitivement tranché.

L'intimé s'est opposé à une telle mesure d'instruction complémentaire par correspondance du 7 juillet 2014, persistant à considérer que les investigations du Bureau d'expertises CC._____ permettaient de trancher le litige en sa faveur.

Par correspondance du 11 juillet 2014 aux parties, le juge instructeur a rejeté la requête de nouvelle expertise formulée par le recourant, sous réserve de l'avis de la Cour, précisant que la cause était en l'état gardée à juger.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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

1.3 In casu, le recours déposé le 13 juillet 2011 contre la décision de l'OAI du 9 juin 2011, notifiée le 15 juin 2011, a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieuse l'appréciation médicale de la situation du recourant singulièrement l'estimation de sa capacité de travail dans une

activité éventuellement adaptée à son état de santé physique et psychique.

Le présent litige s'inscrit par ailleurs dans le contexte d'une procédure de révision initiée à la demande de l'assuré le 7 mai 2010, sa requête initiale de prestations AI du 25 novembre 1999 s'étant soldée par une décision sur opposition du 4 mars 2008, par laquelle l'intimé l'a mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005, augmenté à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2005, sur la base d'un taux d'invalidité de 50,44%.

Il s'agira préalablement d'examiner si les nombreuses pièces médicales à disposition dans ce dossier peuvent se voir accorder quelconque valeur probante pour déterminer une éventuelle évolution de l'état de santé du recourant entre le 4 mars 2008 et le 9 juin 2011.

Cas échéant, l'on se devra ensuite de déterminer si un changement notable est intervenu dans cet intervalle tant sur le plan psychique que sur le plan somatique.

3.

3.1 Selon l'art. 87 al. 3 aRAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En vertu de l'art. 87 al. 4 aRAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies.

Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2 ;

TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.1). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force 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 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013, consid. 5.1 ; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1).

3.2 En vertu de 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.

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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

3.3 L'art. 88a al. 1 aRAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88a al. 2 aRAI, 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 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 est toutefois applicable par analogie.

3.4 S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 aRAI vient préciser que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt : si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où le vice a été découvert (let. c).

L'art. 88bis al. 2 aRAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

4.

4.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

4.2 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 et les références citées). 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; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle

expertise
(ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

médicale

5.

5.1 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

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

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure,

ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

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

6. En l'espèce, le recourant a fait l'objet de nombreux examens et expertises médicaux, ce tant dans le cadre de sa demande initiale de prestations AI du 25 novembre 1999 que suite à la requête de révision de ses droits déposée le 7 mai 2010.

Ce ne sont en effet pas moins de six expertises que l'on peut comptabiliser dans ce dossier, lesquelles informent de manière approfondie sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 1999. L'on relève notamment les deux rapports d'expertise établis par la Clinique S._____ en date des 11 février 2003 et 4 décembre 2006, lesquels ont fondé la décision sur opposition du 4 mars 2008 et dont l'incontestable valeur probante n'a pas lieu d'être remise en question au stade de la présente procédure.

Suite à la demande de révision du 7 mai 2010, l'assuré a été examiné au SMR sous l'angle exclusivement somatique. Le Dr R. _____ a, dans son rapport du 18 mai 2011, observé le statu quo de la situation en termes de capacité de travail, en dépit de la reconnaissance de nouvelles pathologies cervicales apparues en début 2005, ainsi que l'avait indiqué le Dr F. _____. Les conclusions du spécialiste du SMR ont été retenues pour l'établissement de la décision entreprise en date du 9 juin 2011.

Consécutivement au recours de l'assuré, le juge instructeur a constaté que ce dernier n'avait pas fait l'objet d'investigation psychique en dépit de l'évolution des diagnostics de ce registre annoncée par son psychiatre _____ traitant, _____ le Dr D. _____. En outre, le Dr R. _____ était a priori contredit quant aux conséquences potentielles des nouvelles atteintes somatiques diagnostiquées par le Dr F. _____. Le juge instructeur a dès lors décidé de faire réaliser une expertise pluridisciplinaire (soit rhumatologique et psychiatrique) du recourant.

Le mandat confié dans un premier temps aux Hôpitaux BB. _____ n'ayant donné lieu qu'à une analyse psychiatrique, le Bureau d'expertises CC. _____ s'est vu dans un second temps chargé de procéder à cette mesure d'instruction judiciaire.

Il s'agit dès lors d'examiner la valeur éventuellement probante des rapports des Hôpitaux BB. _____ du 6 août 2012, ainsi que du Bureau d'expertises CC. _____ des 16 août 2013 et 12 mars 2014.

A l'instar de l'intimé, l'on se doit de constater que ces documents remplissent à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra, de sorte que l'on ne voit aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter.

Singulièrement, les experts ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif du recourant, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son

anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète des innombrables pièces médicales et avis spécialisés versés au dossier de l'assuré. Ils ont par ailleurs discuté l'ensemble des diagnostics retenus ou évoqués dans le cas du recourant avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées par les experts.

Ce constat s'impose d'autant plus du fait de la convergence des avis des experts mandatés, non seulement sur le plan psychique mais également du point de vue somatique (cf. également infra considérant 7).

Eu égard plus particulièrement aux critiques formulées par le recourant à l'encontre du rapport du Bureau d'expertises CC._____ du 16 août 2013, singulièrement de son complément du 12 mars 2014, il faut observer que les experts ont dissipé à satisfaction les doutes soulevés en lien avec le diagnostic de « trouble somatoforme douloureux persistant » et la pertinence de la médication antidépressive.

Au demeurant, d'un point de vue psychique, les résultats des investigations conduites par les experts du Bureau d'expertises CC._____ rejoignent parfaitement ceux communiqués par leurs confrères des Hôpitaux BB._____ une année auparavant, parvenant également à une appréciation identique de la capacité de travail.

Il en va de même sur le plan somatique, puisque les experts du Bureau d'expertises CC._____ se sont ralliés aux diagnostics posés par les précédents spécialistes ayant examiné l'assuré, y inclus du reste le Dr F._____. L'unique divergence avec ce dernier a trait au pronostic évolutif, alors que le Dr F._____ ne s'est nullement exprimé en termes de capacité de travail. L'on notera de ce point de vue que les conclusions somatiques des experts du Bureau d'expertises CC._____ sont corroborées par celles - concordantes - du spécialiste du SMR, le Dr R._____.

Quant à la prise à partie de la mandataire du recourant à l'occasion du complément fourni le 12 mars 2014 - que l'on peut certes déplorer - cet élément n'est pas de nature à faire douter de l'objectivité et de l'impartialité des experts du Bureau d'expertises CC._____, tant il est vrai que le complément du 12 mars 2014 n'est pas venu contredire les observations cliniques et l'exposé détaillé contenu dans le rapport du 16 août 2013. Le document du 12 mars 2014 répondant au demeurant spécifiquement à des questions subséquentes de la mandataire de l'assuré, l'on ne voit pas qu'il ternirait la qualité du rapport antérieur rédigé le 16 août 2013.

Étant donné l'exhaustivité des examens effectués sur la personne du recourant, notamment au sein du Bureau d'expertises CC._____, l'on ne voit manifestement pas dans quelle mesure une nouvelle expertise somatique et/ou psychique, telle que requise par l'assuré dans sa détermination du 7 juillet 2014, viendrait apporter un éclairage différent sur ses diverses pathologies et leurs conséquences en lien avec sa capacité résiduelle de travail.

Partant, la requête d'instruction complémentaire précitée doit être rejetée, le dossier du recourant se trouvant indubitablement instruit à satisfaction de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le bien-fondé éventuel de la décision entreprise.

7. Reste ainsi à déterminer si l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant et analysée par les experts judiciaires constitue un changement notable de l'état de fait depuis le 4 mars 2008, soit un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA qui justifierait - cas échéant - une nouvelle évaluation de son degré d'invalidité.

7.1 Sous l'angle psychique, force est de constater que la situation du recourant est strictement superposable à celle qui régnait à l'occasion de la décision sur opposition du 4 mars 2008.

En effet, en dépit des constats fluctuants communiqués par le Dr D._____, à savoir « un état dépressif moyen à sévère » ou un « trouble dépressif », tant les experts de la Clinique S._____ que ceux des Hôpitaux BB._____ et du Bureau d'expertises CC._____ - à plusieurs années d'intervalle - ont retenu l'absence de toute pathologie psychique ou comorbidité psychiatrique accompagnant les douleurs ressenties par l'assuré, qui serait de nature à influencer sur sa capacité de travail.

L'on ajoutera que le diagnostic de « trouble somatoforme douloureux persistant » avancé par les Drs D._____ et AA._____ a finalement été écarté au vu des substrats organiques expliquant, à tout le moins en partie, la symptomatologie douloureuse alléguée par le recourant. Il est rappelé ici qu'un tel diagnostic, ressortant au registre psychiatrique selon une jurisprudence fédérale constante (cf. ATF 130 V 352 consid. 2), est posé en cas de douleurs diffuses sans pathogenèse claire et fiable, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

L'on se doit en conséquence de déduire qu'aux dires d'expert psychiatre, l'état de santé psychique du recourant n'a pas subi de modification notable entre le 4 mars 2008 et le 9 juin 2011, et d'exclure la réalisation d'un motif de révision conformément à l'art. 17 LPGA dans ce cadre.

Le recourant ne remet d'ailleurs pas sérieusement en question les conclusions des experts de ce point de vue, ayant particulièrement insisté sur la présence de nouveaux diagnostics physiques, mis à jour par le Dr F._____.

7.2 Sur le plan rhumatologique, les nombreux spécialistes ayant examiné l'assuré s'accordent à considérer que depuis 2008, sont apparues, en sus des lombalgies et des gonalgies, des « cervico-brachialgies chroniques », justifiées par une « cervicarthrose C4-C5, C5-

C6 », lesquelles ont été diagnostiquées dans le courant de l'année 2009 par le Dr F._____.

Si ces modifications organiques sont reconnues par l'ensemble des somaticiens consultés, y compris d'ailleurs le Dr R._____ du SMR, l'appréciation de leurs conséquences effectives en termes de capacité de travail est contestée par le recourant.

Cela étant, il ressort sans équivoque du rapport d'expertise du Bureau d'expertises CC._____, ainsi que des conclusions de l'examen pratiqué par le Dr R._____, que ces nouvelles pathologies restent sans incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

Ainsi que l'ont exposé les experts du Bureau d'expertises CC._____, lesdites pathologies s'inscrivent dans un processus de vieillissement courant et, quand bien même elles provoquent des limitations fonctionnelles supplémentaires - dûment décrites et prises en compte par les spécialistes consultés - elles ne restreignent nullement l'exercice d'une activité lucrative adaptée à un taux de 60%.

Cette conclusion, qui emporte la conviction, ne vient pas contredire le spécialiste traitant de l'assuré, le Dr F._____. Quoi qu'en dise le recourant, ce praticien ne s'est nullement exprimé sur la capacité de travail pouvant être reconnue à son patient dans le cadre de la procédure de révision initiée le 7 mai 2010.

La reconnaissance d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée s'avère au surplus strictement identique à l'appréciation communiquée par les experts de la Clinique S._____ en date du 4 décembre 2006.

Dès lors, l'on ne peut que conclure que le maintien d'une capacité de travail résiduelle de travail de 60% à la date de l'expertise du Bureau d'expertises CC._____ justifie de nier la survenance d'un

changement factuel notable de la situation de l'assuré au sens requis par l'art. 17 LPGA.

C'est ainsi à bon droit que l'OAI a prononcé le refus d'augmenter la rente d'invalidité du recourant en date du 9 juin 2011, en l'absence de motif de révision, ce qui exclut ipso facto la réévaluation du degré d'invalidité fixé par l'intimé aux termes de la décision sur opposition du 4 mars 2008.

8. Il résulte de l'exposé ci-avant que le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 9 juin 2011 confirmée, faute de réalisation des réquisits posés par l'art. 17 LPGA.

8.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe.

8.2 Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, rendue le 9 juin 2011, par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupoint, à Lausanne, (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :