

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 7 al. 2 et 17 LPGA

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations pour adultes déposée le 28 avril 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) sollicitant l'octroi d'une rente, indiquant avoir subi une fracture du sternum à la suite d'un accident de travail survenu le 15 septembre 1995, être atteint d'un trouble dépressif récurrent avec deux hospitalisations au Centre de psychiatrie du [...], les douleurs constantes au sternum ne lui permettant pas d'envisager une autre activité, celle de charpentier exercée jusqu'alors n'étant plus possible,

vu le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 8 février 2007 effectuée à la demande de la S._____, assureur-accidents, par les Dresses D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en rhumatologie, de la Clinique E._____, posant les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé, et de personnalité dyssociale et concluant que, sur les plans orthopédique et psychiatrique, il n'y avait plus d'incapacité de travail en relation avec l'accident,

vu le rapport du 27 avril 2007 dans lequel la Dresse L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le psychologue P._____ ont notamment exposé ce qui suit :

« Nous certifions que Monsieur G._____ (...) se trouve à l'incapacité complète de travail durable depuis le 29.11.2004 en raison de douleurs qui ont fait suite à une fracture du sternum mal soignée, survenue en 1995. Depuis le début du suivi dans notre unité, nous avons constaté qu'il s'était, dans les suites, décompensé sur un mode anxieux et dépressif, en partie en raison du fait qu'il a très mal supporté d'être contraint de perdre son emploi. Depuis le début du suivi dans notre unité, nous avons constaté qu'il présentait une incapacité complète de travail persistante, et ce jusqu'en automne 2006 environ. Notre hypothèse était alors que Monsieur G._____ pouvait se sentir valorisé et capable de mobiliser un peu ses ressources dans un cadre de traitement soutenant et compréhensif (...). Il ressort, selon nous, que Monsieur G._____ est actuellement inapte à reprendre son activité comme aide-charpentier, mais qu'il pourrait probablement reprendre

progressivement une activité professionnelle avec une exigence de rendement limitée (la capacité estimée est d'environ 30-50%), à condition toutefois que cette reprise soit encadrée par le biais de mesures de reconversion professionnelle proposée par l'Office AI. En dehors d'un tel cadre, tout projet de reprise professionnelle nous paraît irréaliste en raison de la persistance d'une pathologie psychique à risque de se chronifier, selon nous. »

vu la décision rendue le 27 juillet 2007 par l'OAI rejetant la demande au motif que la capacité de travail de G._____ n'était pas limitée,

vu le recours interjeté le 29 août 2007 par l'assuré auprès du Tribunal cantonal des assurances (ci-après : TASS),

vu le rapport du 19 décembre 2007 signé par la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant que l'assuré est suivi à l'Unité de Psychiatrie [...] (ci-après : l'Unité de Psychiatrie [...]) depuis le 14 avril 2005 en raison de manifestations dépressives et anxieuses, les diagnostics étant un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité à traits dépendants, impulsifs et antisociaux, l'incapacité de travail étant totale depuis le 29 novembre 2004,

vu le jugement rendu le 23 septembre 2008 par le TASS (AI 318/07 - 337/2008) admettant le recours et annulant la décision, la cause étant renvoyés à l'OAI pour complément d'instruction et mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire,

vu les considérants de ce jugement dont il résulte en substance que les renseignements sur le plan somatique étaient insuffisants, les experts ne se prononçant que sur le lien de causalité avec l'accident, et qu'il en allait de même sur le plan psychiatrique, tant les observations que les conclusions des médecins spécialistes qui avaient examiné l'assuré étant contradictoires, de sorte qu'il n'était pas possible au tribunal de statuer en connaissance de cause,

vu le rapport d'expertise du 17 septembre 2009 des Dresses H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Bureau F.____ (ci-après : Bureau F.____), posant les diagnostics

- ayant une répercussion sur la capacité de travail de :
 - Episode dépressif moyen sans syndrome somatique F32.10, présent depuis mars 2005
 - Personnalité dépendante à traits impulsifs et antisociaux F60.7, présente depuis l'adolescence
 - Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 présent depuis début 2005
 - Status après fracture du sternum S22.2 de diagnostic tardif compliqué de pseudarthrose M84.1 ayant nécessité deux cures de pseudarthrose Z94.6 en 1999 et 2005
- sans répercussion sur la capacité de travail de :
 - Trouble panique F41.0 présent depuis 2007
 - Obésité E66.9
 - Gonalgie M25.5,

vu les conclusions des expertes selon lesquelles, sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assuré était entière dès septembre 2005 dans des activités adaptées (éviter des activités avec port de charges supérieures à 30 kg de manière répétée et nécessitant des mouvements en rotation du tronc fréquents avec des charges de cet ordre, une activité physique moyenne étant exigible [charges jusqu'à 20 kg]), alors que sur le plan psychiatrique elle était de 50% depuis mars 2005, des limitations qualitatives et quantitatives étant présentes en relation avec l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et le syndrome douloureux somatoforme persistant, à savoir : l'anhédonie, l'aboulie, la fatigabilité, l'irritabilité, les troubles de la concentration et de l'attention, l'abaissement du seuil douloureux et la réduction des capacités d'adaptation et d'apprentissage,

vu le complément d'expertise du 5 octobre 2009 dans lequel l'experte M.____ précisait que compte tenu de l'expertise de la Clinique E.____ selon laquelle les critères requis pour un diagnostic de

somatisation ou pour un syndrome douloureux somatoforme n'étaient pas objectivés, elle retenait une incapacité de travail de 50% non pas dès mars 2005 mais dès novembre 2007, date à laquelle les thérapeutes de l'Unité de Psychiatrie [...] évoquaient une anxiété massive, une irritabilité marquée avec impulsivité, une thymie chroniquement déprimée et des troubles du sommeil,

vu la décision rendue par l'OAI le 28 février 2011 octroyant à l'assuré un quart de rente du 1^{er} juin 2008 au 30 août 2008 puis une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2008,

vu le questionnaire pour la révision de la rente signé le 15 septembre 2014 par l'assuré selon lequel son état de santé s'est aggravé,

vu le rapport médical du 8 octobre 2014 du Dr A.F._____, spécialiste en médecine interne générale, posant les diagnostics d'état dépressif associé à un état d'anxiété, thoracodynie avec surtout sternalgies intenses à la suite de l'intervention du sternum pour fracture post-traumatique, douleurs inguinales droites sur coxarthrose débutantes, diabète sucré, et selon lequel l'évolution depuis l'octroi de la rente devait être considérée comme défavorable puisque l'assuré présentait depuis quelques mois des douleurs de sa hanche droite pour lesquelles des investigations étaient en cours au Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier [...]), aucune activité professionnelle n'étant exercée ni exigible de l'assuré,

vu le rapport du 25 novembre 2014 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et de trouble somatoforme douloureux persistant, estimant que l'état de santé pouvait être considéré comme stable, la capacité de travail étant nulle, et mentionnant en outre notamment ce qui suit :

« Les symptômes actuels sont très similaires à ceux décrits dans mon précédent rapport, à savoir un état chroniquement déprimé et anxieux associant un retrait social quasi complet à une clinophilie. L'état fluctue peu mais à tendance à s'aggraver lors de surcharge

(par ex. en raison des problèmes de santé de leur fille), ou de tensions relationnelles au sein de la famille. Il se montre très dépendant de son épouse. Le couple a toutefois eu un troisième enfant en 2011, dont le patient ne s'occupe que très peu (Madame assumant l'essentiel des tâches domestiques et éducatives). »

vu l'avis du 8 mai 2015 du Dr B.F. _____ du Service médical régional Assurance-Invalidité (ci-après : SMR), dont il résulte notamment ce qui suit :

« La révision actuelle voit son psychiatre maintenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et de trouble somatoforme douloureux persistant. Le traitement n'a pas changé pour le Remeron et le Zyprexa par rapport à l'hospitalisation de 2010. La fréquence des séances (sic) n'est toujours que d'une fois par mois à but de stabilisation, une augmentation des séances aurait pu traduire une aggravation. De plus, on peut lire : les « *symptômes actuels sont très similaires à ceux décrits dans mon précédent rapport* ». La survenue d'un troisième enfant au sein de la famille (sic) témoigne d'une libido non absente. De fait, la situation actuelle n'a pas changée (sic), le psychiatre traitant portant le même diagnostic évalué de manière différente par les experts. L'absence de changement du traitement psychopharmacologique témoigne de la persistance d'un degré de gravité moyen.

Le RM du MT A.F. _____ nous confirme la présence des douleurs avec une coxarthrose débutante avec un syndrome de Maigne. A ce stade, les LF en découlant sont couvertes par celles définies dans l'avis médical du 8.10.2009.

En conséquence, il n'y a pas de fait nouveau. Une révision n'est pas nécessaire avant 5 ans. »

vu la communication du 23 juin 2015 de l'OAI à l'assuré l'informant que la rente d'invalidité continuerait à lui être versée sans modification de droit,

vu la lettre du 30 juin 2015 du Dr A.F. _____ adressée à l'OAI, rédigée en ces termes :

« En tant que médecin traitant de Monsieur G. _____, je constate vu (sic) que l'AI refuse d'admettre une augmentation de sa rente et que son degré d'invalidité a été considéré comme inchangé c'est à dire à 50%.

En tant que médecin traitant qui m'occupe principalement des problèmes physiques de Monsieur G. _____, je constate que malheureusement l'état physique a subi un changement important. Effectivement le problème concerne principalement sa hanche droite.

Il est actuellement en traitement dans le Service d'orthopédie du Centre hospitalier [...] pour cette hanche. Les orthopédistes ont considéré qu'il était trop jeune pour subir une prothèse totale de cette hanche et qu'on devait se limiter à faire des injections et des infiltrations.

Depuis lors on a fait une infiltration de sa hanche droite en février et une nouvelle infiltration doit être prévue prochainement puisque l'effet de ce traitement n'a pas perduré.

La situation s'est aggravée dans ce sens où il a de plus en plus de peine à se lever et cela commence la nuit lorsqu'il doit se lever pour se rendre au WC. Avant de pouvoir se lever, il doit attendre 15 min au bord du lit pour pouvoir gentiment se déplacer. A ce moment-là les douleurs ne sont pas seulement situées au niveau des hanches mais également au niveau des pieds, des genoux et de son sternum qui est devenu beaucoup plus douloureux il nécessitera certainement une prise en charge chirurgicale. »,

vu la lettre du 19 août 2015 du Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et de la Dresse B._____, alors médecin assistante, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier [...] informant l'OAI que l'assuré avait été vu une fois à la consultation de rhumatologie et joignant un rapport signé par la Dresse W._____, alors médecin assistante, et le Prof. C._____, spécialiste en rhumatologie, posant le diagnostic de douleurs inguinales droites sur probable syndrome de Maigne et coxarthrose débutante, leur conclusion étant la suivante :

« Nous retenons un syndrome de Maigne en premier lieu comme explication pour ses douleurs inguinales. L'anamnèse et l'examen clinique ne parlent pas en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Malheureusement, une IRM lombaire chez ce patient est impossible en raison de son anxiété. Nous avons pris contact avec nos collègues antalgistes pour faire une infiltration facettaire d'épreuve, voir si le geste peut améliorer les symptômes. Ils sont d'accord de faire l'infiltration même sans une imagerie type IRM. Nous adressons donc votre patient à la consultation d'antalgie du Centre hospitalier [...]. »

vu l'avis médical du 8 septembre 2015 du Dr B.F._____ rédigé en ces termes :

« Se référer à l'avis SMR du 8.5.2015 pour un résumé du cas. Le Dr. A.F._____, dans sa lettre du 30 6.2015 s'étonne du fait que le degré d'invalidité ait été considéré comme inchangé et met en avant comme justifiant d'un fait à prendre en considération les douleurs inguinales correspondant à une pathologie de la hanche droite, prise en charge dans le département d'orthopédie le considérant trop jeune (44 ans) pour être opéré L'indication opératoire se base généralement non seulement sur une limitation de la mobilité articulaire dont certains s'accommodent bien, mais surtout sur la

douleur. Nous avons pris connaissance de la lettre du 22.5.2014 du service de rhumatologie, ayant pris en charge l'assuré à la demande de l'orthopédiste. Si une coxarthrose bilatérale avait bien été diagnostiquée, à D plus importante qu'à gauche, elle n'est qu'à un stade de début et est susceptible d'être traitée avec des moyens médicaux, à savoir de la physiothérapie et des anti-inflammatoires. Il n'existe pas d'indication opératoire à ce stade de début, quel que soit l'âge du patient, sauf présence d'une fracture pathologique ou autre. Dans le cas d'espèce, c'est principalement le syndrome de Maigne qui est responsable des douleurs et qui surviennent après une marche de 1 Km. Il s'agit en fait d'une pathologie vertébrale, sans relation directe avec une altération de l'articulation coxo-fémorale, étant entendu que l'épargne d'une hanche non traitée peut entraîner une compensation de la colonne. Ce syndrome provoque des douleurs projetées à partir de la charnière dorsolombaire et occupent le territoire des 4 branches nerveuses des nerfs rachidiens D12-L1-L2. Si elles provoquent dans la majorité des cas des lombalgies (89% - branche postérieure), elle (sic) peuvent s'étendre ailleurs, notamment donner des douleurs pseudo-viscérales et de l'aïne (3% respectivement - branche antérieure), ce qui (sic) probablement le cas chez cet assuré. C'est dans cette optique qu'une infiltration facettaire d'épreuve a été programmée à la consultation antalgique du Centre hospitalier [...]. Le traitement peut être complété par des manipulations portant sur le segment thoraco-lombaire responsable, voire une infiltration locale d'un « point de crête qu'il soit postérieur ou latérale ». Rarement, il est justifié de recourir à une chirurgie libérant un rameau nerveux sténosé au niveau d'un point de crête. Dans tous les cas ces pathologies ne sont pas incapacitantes dans une activité adaptée puisque la douleur survient après 1 km de marche et qu'un travail en position le plus souvent assis ou debout n'implique pas une marche prolongée. D'autre part ce n'est pas une coxarthrose débutante qui est responsable des douleurs mais un syndrome de Maigne dont nous ignorons actuellement l'évolution et dont le caractère de durabilité ne peut être reconnu dans la plupart des cas.

Il convient pour être complet d'adresser au département d'antalgie une demande de RM initial ainsi qu'au service de rhumatologie, demandant à ce service éventuellement de convoquer l'assurée (sic) à nos frais et de remplir complètement le rapport. »,

vu le rapport du 10 novembre 2015 de la Dresse K. _____, spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie du Centre hospitalier [...], mentionnant que l'assuré a été vu entre décembre 2014 et octobre 2015 et dont il résulte notamment ce qui suit :

« 11.Symptômes actuels/état de santé actuel

Du point de vue antalgique :

Douleurs inguinales bilatérales prédominant à droite. Suspicion de syndrome de Maigne.

12. Indications subjectives de la personne assurée

Anamnèse lors de la première consultation de décembre 2014:

Douleurs inguinales qui ont débuté il y a 4-5 ans à droite, depuis cette année, douleurs également à gauche.

Les douleurs sont exacerbées à la marche, après environ 1km (6-7/10). Soulagé par le repos.

VAS 0/10 après un moment en position couchée. Parfois en marchant, lâchage de la jambe droite.

Ostéosynthèse fracture du sternum en 2006: 2x [...], puis Centre hospitalier [...].

31.07: Douleur inguinale gauche depuis 4-5 semaines. Douleur à droite identique. Rx sp (Hôpital [...]). Antalgie renforcée + cannes. Repos complet pendant 1 semaine et demi (sic).

13. Diagnostics objectifs

Op du sternum en 2006 après accident avec une machine avec laquelle il s'est renversé :

Fracture sternum avec prelevement (sic) osseux au niveau du bassin à gauche.

OP digestive car os coincé après l'avoir avalé.

Diabète post Zyprexa.

Obésité.

Depression (sic). Crises d'angoisses fréquentes.

Pas d'allergie aux médicaments.

Coxarthrose droite

(...)

16. Nature et portée du traitement actuel

Lors de la dernière consultation du 09.10.2015, le patient ne souhaite pas poursuivre de nouvelles infiltrations.

Nous avons pratiqué des blocs facettaires à plusieurs reprises, avec des effets peu concluants, mais difficiles à apprécier.

(...)

19. Pronostic

Du point de vue antalgique, une amélioration semble peu probable. »

vu l'avis médical du 4 avril 2016 du Dr B.F. _____ rédigé en ces termes :

« Sur le plan rhumatologique, l'assuré a bénéficié d'infiltrations (blocs facettaires) pour son syndrome de Maigne, qu'il n'a pas désiré poursuivre au 9.10.2015. Le RM du MT du centre d'antalgie clinique du 10.11.2015, pour un suivi de décembre 2014 à octobre 2015, signale que les douleurs inguinales bilatérales surviennent depuis la première consultation mais lors de celle du 31.7.2015, elles sont signalées être présentes depuis 4-5 semaines, en relation avec la marche « après environ 1 km (6-7/10 à EVA) ». On peut en déduire qu'il ne s'agit pas d'une pathologie chronique permanente, mais qui évolue avec des hauts et des bas. Nous la situons dans le cadre du syndrome somatoforme. Ce médecin ne désire pas se prononcer sur la capacité de travail.

Le traitement actuel est confirmé n'avoir pas changé sur le plan psychiatrique. En effet, le Zyprexa est prescrit aux mêmes doses et le fait de remplacer le Ciprallex par du Remeron ne constitue pas une aggravation. On peut regretter le choix du Remeron qui entraîne (sic) une prise de poids conséquente, déjà marquée par l'administration du neuroleptique. L'état dépressif n'est pas

convaincant, nous avons développé notre argumentation dans notre avis du 8.5.2015.

Sur le plan rhumatologique, le service du Prof. C. _____, n'ayant vu qu'une fois l'assuré, se décharge sur le service d'antalgie du Centre hospitalier [...] et du MT le Dr. A.F. _____. Ce dernier portait l'aggravation sur la hanche D dans son RM du 30.6.2015, et nous avons estimé dans notre avis précédent que le problème de la hanche, dans une activité adaptée, ne justifiait pas une IT totale. Le syndrome de Maigne a été traité par des infiltrations et nous concluons que les douleurs résiduelles sont à mettre sur le compte du syndrome somatoforme.

En fait, après instruction, nous constatons qu'il n'y a pas d'aggravation ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan psychiatrique. Il n'y a pas de fait nouveau. »

vu la décision rendue le 30 août 2016 par l'OAI refusant d'augmenter la rente d'invalidité en considérant notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Dans son courrier, le Dr A.F. _____ nous explique que la situation s'est aggravée dans le sens où vous avez de plus en plus de peine à vous lever. Avant de pouvoir vous lever, vous devez attendre 15 minutes au bord de votre lit pour pouvoir gentiment vous déplacer. A ce moment-là les douleurs ne sont pas seulement situées au niveau des hanches mais également au niveau des pieds, des genoux et votre sternum qui est devenu beaucoup plus douloureux. Il nécessitera certainement une prise en charge chirurgicale.

Ce rapport a été soumis pour appréciation au Service Médical Régional AI (SMR). Selon ce dernier, pour que votre dossier soit complet, il convenait d'adresser au département d'antalgie une demande de rapport médical, ainsi qu'au service de rhumatologie.

Nous avons donc adressé en date du 11 septembre 2015 des demandes de rapports médicaux à ces deux services du Centre hospitalier [...], soit le service d'antalgie et le service de rhumatologie.

Dès réception des deux rapports médicaux, nous avons à nouveau sollicité le Service Médical Régional AI (SMR) afin de connaître leur conclusion. Selon ce dernier, les éléments énoncés n'ont pas matière à influencer notre position.

Par conséquent, votre contestation ne nous apporte pas de fait nouveau. Dès lors, nous n'avons aucun nouvel argument nous permettant de modifier notre position.

En l'absence d'élément susceptible de modifier notre prise de position, notre communication de maintien de votre demi-rente AI du 23 juin 2015 est fondée et doit être entièrement confirmée. »

vu le recours interjeté le 30 septembre 2016 par G. _____
concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision
attaquée, principalement, à ce qu'il soit constaté que ses droits à des
prestations de l'AI sont supérieurs à une demi-rente, subsidiairement au
renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle
décision et requérant une expertise rhumatologique et psychiatrique,

vu la réponse du 19 janvier 2017 de l'OAI concluant au rejet du
recours,

vu la réplique du 13 février 2017 du recourant confirmant ses
conclusions,

vu la duplique du 27 février 2017 de l'OAI maintenant ses
conclusions,

vu l'écriture du 9 mars 2017 du recourant confirmant ses
conclusions, complétant sa requête d'expertise, celle-ci devant prendre en
compte également ses douleurs voire aussi l'aspect neuropsychologique
mis en avant par le Dr A.F. _____, et produisant un rapport établi le 22
février 2017 par ce praticien dont la teneur est la suivante :

« Vous m'avez demandé de vous adresser un nouveau rapport
concernant Monsieur G. _____ quant à son état actuel et d'autre
part, surtout en regard d'une éventuelle aggravation de son état
depuis le 28.02.2011, date à laquelle il a obtenu une rente à l'AI à
50%.

1.

- Thoracodynie persistante sur status après traitement chirurgical
d'une fracture du sternum
- Coxalgies sur coxarthrose droite

Nouveau :

Lombosciatalgies sur sténose légère du sac dural en L3-L4
secondaire à la protrusion discale et spondylose sur anomalie
transitionnelle de S1

Troubles mictionnels obstructifs et irritatifs sur col vésical serré,
traitement sous alpha-bloquant (Service d'urologie du Centre
hospitalier [...])

2.

L'aggravation qui empêche en plus une reprise de travail concerne
principalement les problèmes du dos. C'est la raison pour laquelle il

a été vu, à plusieurs reprises, au Centre hospitalier [...] dans le service d'antalgie puis ensuite à [...] par le Dr V._____ pour des infiltrations qui n'ont cependant malheureusement pas soulagé vraiment le patient. La cause de ces douleurs sont décrites dans le diagnostic et concernent le canal lombaire étroit. Depuis lors, il marche avec des cannes car les douleurs se répercutent notamment au niveau du pli inguinal mais également au niveau des membres inférieurs et le gênent pour la marche. C'est en septembre 2015 que les problèmes au niveau du dos ont commencé et ont été pris en charge par le service d'antalgie du Centre hospitalier [...]. C'est également à ce moment-là qu'une IRM a été pratiquée, autant au niveau de la colonne lombaire que des hanches. Pour les hanches, on a également retenu le diagnostic de coxarthrose bilatérale. Une nouvelle prise en charge par l'urologie du Centre hospitalier [...] concerne ses problèmes de miction avec difficultés. Les problèmes concernant son incapacité se situent cependant principalement au niveau des hanches et au niveau du dos.

3.

Il est évident qu'en marchant avec des cannes depuis plusieurs mois, une reprise du travail, même à 50%, paraît illusoire. Il est donc en incapacité de 100% depuis qu'il y a cette prise en charge au Centre hospitalier [...] en septembre 2015.

4.

On lui a proposé une intervention chirurgicale au niveau du dos en lui disant que le seul moyen d'améliorer la situation serait de stabiliser sa colonne vertébrale. Lui-même est plus que craintif et a peur d'une telle intervention. Pour la coxarthrose, une opération des hanches serait une solution qui n'est cependant pas encore envisagée actuellement, principalement à cause de tous les problèmes annexes.

6. (sic)

Il est donc évident que la situation de Monsieur G._____ s'est nettement aggravée, principalement en regard des lombalgies handicapantes, ainsi qu'au niveau de la coxarthrose, également invalidante. Les IRM des hanches et les IRM de la colonne lombaire faites le 01.09.2015 et le 02.09.2015 confirment cette situation.

Monsieur G._____ me parle également de ses problèmes de mémoire. Il aurait fréquemment des oublis. Serait-ce dû à un problème médicamenteux, question que je pose aussi par cette lettre à son psychiatre, le Dr T._____.

Faudrait-il envisager un examen neuropsychologique d'autant plus que sa maman souffre d'une maladie d'Alzheimer que lui-même craint également. »

vu les rapports annexés concernant une IRM de la colonne lombaire du 28 août 2015 et une IRM des hanches du 31 août 2015,

vu l'écriture du 4 mai 2017 de l'OAI produisant un avis médical du 11 avril 2017 du Dr B.F._____ qui estime qu'en raison du diagnostic

de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, malgré une symptomatologie similaire à celle évaluée lors de l'expertise du [...], il convient de réévaluer la situation globalement, qu'en conséquence, en raison du fait nouveau que représente un canal lombaire étroit acquis, non à disposition lors des analyses précédentes, et diagnostiqué en août 2015 avant la décision du 30.8.2016, il est justifié d'organiser une expertise orthopédique et psychiatrique de contrôle au [...], l'expert orthopédique ayant la latitude d'organiser les examens de son choix (imagerie radiologique) et l'expert psychiatre de pousser les investigations vers un examen neuropsychologique le cas échéant,

vu la détermination du recourant du 30 mai 2017,

vu les pièces du dossier ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1),

que lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue,

qu'elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3),

que le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, savoir en l'espèce la décision du 28 février 2011, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références),

qu'en l'espèce, s'agissant des circonstances existant lors de la première décision d'octroi d'une rente, les expertes H._____ et M._____ ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, de personnalité dépendante à traits impulsifs et antisociaux, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de status après fracture du sternum de diagnostic tardif compliqué de pseudarthrose ayant nécessité deux cures de pseudarthrose en 1999 et 2005, la capacité de travail sur le plan somatique étant entière dans une activité adaptée et de 50% sur le plan psychiatrique,

que lors de la procédure de révision, le Dr T._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère,

que le Dr A.F._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, sa capacité de travail étant nulle,

que, dans son dernier rapport, ce praticien fait état de diagnostics nouveaux, existant avant que la décision attaquée n'ait été

rendue, dont celui de lombosciatalgies sur sténose légère du sac dural en L3-L4 secondaire à la protrusion discale et spondylose sur anomalie transitionnelle de S1,

qu'il explique que l'assuré marche avec des cannes car les douleurs se répercutent notamment au niveau du pli inguinal mais également au niveau des membres inférieurs et le gênent pour la marche,

qu'il ajoute que l'assuré lui parle également de ses problèmes de mémoire et qu'il se demande s'il s'agit d'un problème médicamenteux ou si un examen neuropsychologique devrait être envisagé d'autant plus que la mère de l'assuré souffre d'une maladie d'Alzheimer que lui-même craint également,

que ces différents rapports médicaux ne permettent pas de déterminer l'évolution des troubles dont est affecté le recourant, ni leur influence sur sa capacité de travail et dans quelle mesure,

que le Dr B.F._____ estime d'ailleurs qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique, voire neuropsychologique est nécessaire,

que le dossier apparaît ainsi lacunaire ;

attendu qu'il convient d'ajouter que sur le plan psychiatrique, le recourant est atteint d'un trouble somatoforme douloureux,

que dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée),

qu'il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité),

que cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité),

que la preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées,

que le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou une constellation semblable, (consid. 2.2 de l'arrêt cité ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2),

qu'à lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération,

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

que cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré,

qu'il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social,

que sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité),

que la grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part,

qu'il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie,

qu'il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé,

qu'il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés,

que cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours,

que l'on ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie,

que, de manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération,

que, dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité) ;

attendu qu'au vu de ce qui précède, le dossier ne permet pas de statuer en toute connaissance de cause,

qu'en l'absence d'instruction sur l'ensemble des affections présentées par le recourant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il fasse effectuer, en application de l'art. 44 LPGA, une expertise notamment sur les plans rhumatologique, psychiatrique, voire neuropsychiatrique,

qu'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que tel est le cas en l'espèce,

que le recours paraît ainsi manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD) ;

que le présent arrêt peut être rendu sans frais (art. 50 LPA-VD ; art. 6 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1),

que le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 30 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de VaudOffice de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.

- III.** L' Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV.** L'arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :