

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Dessaux et Pasche, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Me Grégoire Ventura, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6ss, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3
RAI**

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 novembre 1998, en raison d'un syndrome douloureux du poignet gauche persistant. Cette demande a été rejetée par décision du 4 décembre 2000.

B. Il a renouvelé sa demande le 19 août 2009. A l'appui de cette dernière, il produisait un rapport médical du 12 juin 2009 du Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui mentionnait une thymie maintenue sans signes dépressifs spécifiques et sans éléments en faveur d'un trouble anxieux et faisait état d'un assuré plaintif avec une perception de sa santé très altérée et un comportement passif, en attente de solutions externes, avec un degré d'implication personnelle assez faible. Les Drs M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et A. _____, de la Clinique romande de réadaptation, posaient, pour leur part, dans un rapport du 3 juillet 2009, les diagnostics de status post arthroscopie du ménisque interne du genou gauche, d'arthrose du genou gauche, de fracture du poignet, de syndrome d'apnées du sommeil appareillé, d'une hypertension artérielle et de douleurs neurogènes de la face gauche du visage sous traitement. Par décision du 30 août 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité ne lui ouvrait pas de droit à une rente.

C. Une troisième demande a été déposée par l'assuré le 21 mars 2012. A l'appui de cette dernière il alléguait une obésité morbide depuis plus de vingt ans, une apnée du sommeil sévère depuis plus de quinze ans, un état dépressif chronique depuis dix à quinze ans, une névralgie du trijumeau depuis 1989, un status post coup du lapin avec douleur chronique depuis 1989, une arthrose cervicale et lombaire sévère évoluant depuis plusieurs années, une fracture du poignet gauche avec

fonctionnalité non retrouvée et une arthrose du genou gauche post accidentel sévère.

Par décision du 9 janvier 2015, l'OAI a accordé une rente entière temporaire d'invalidité à l'assuré pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013. H. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans la procédure de recours, le recourant a produit :

- un rapport médical du 24 février 2014 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce dernier a posé les diagnostics de trouble douloureux somatoforme et de trouble de la personnalité dépendante et asthénique. Dans la partie discussion de ce rapport, il indiquait ce qui suit :

“M. H. _____ avait beaucoup aimé son activité professionnelle comme conducteur de minibus pour enfants handicapés, avec plein d'interactions gratifiantes avec les enfants. Il n'avait pas de raison particulière pour devenir un handicapé volontaire.

Cependant, le licenciement ressenti comme abusif était pour lui l'événement qui ne devait pas arriver, son psychisme n'ayant pas été préparé pour : d'une part, faible mobilité psychique et mentale ; d'autre part, personnalité prémorbide de type passive, dépendante, asthénique.

Actuellement, il a démissionné intérieurement d'une reprise de vie professionnelle, malgré sa déclaration d'intention qui affirme le contraire. Il est installé dans la position de celui qui a subi un tort et qui attend la réparation par la société.

La seule question qui se pose : comment lui épargner de devoir encore augmenter les symptômes pour se sentir compris et obtenir la justice qu'il imagine ?

A mon avis, il vaut mieux accepter son statut intérieur de quelqu'un de « cassé » que de vouloir faire de lui à tout prix le miraculé qui n'a plus de douleurs ni de colère. Accepter ce statut voudrait dire l'accompagner sans trop intervenir pour le changer, même si c'est lui-même qui nous demandera des examens ou des thérapies en plus. Il s'agira de respecter son mal-être tout en freinant notre interventionnisme médical.

Pour l'AI ce sera difficile à comprendre, mais pour elle aussi il sera plus sage d'accepter le statut accompli que de mettre le patient sous pression et de l'obliger ainsi à augmenter encore sa symptomatique.

Sur le plan thérapeutique, je doute de l'utilité d'un suivi psychiatrique. M. H. _____ n'a ni les moyens ni la motivation pour s'engager dans un processus de mise en question de ses propres schémas psychiques. Sa labilité affective ne me semble pas nécessiter absolument une médication, il a tout-à-fait les ressources pour se procurer des moments compensatoires agréables dans sa vie quotidienne. Malheureusement, je n'ai pas de conseil pharmacologique à disposition au sujet de ses différentes plaintes douloureuses, tout en étant persuadé que des antidépresseurs classiques à titre antalgique n'auront que de faibles chances de réussite." ;

- un rapport médical du 24 novembre 2015 de ce même médecin, adressé au Dr N. _____, médecin traitant, dont le contenu était le suivant :

"Examen clinique :

Tableau à superposer à celui de janvier 2014, avec cependant des plaintes de douleurs non seulement stationnaires, mais augmentées : davantage de douleurs, de vertiges, de faiblesse ; une opération de cataracte avec des séquelles de douleurs ; une impuissance sexuelle aggravée par les médicaments. Des symptômes dépressifs se sont rajoutés, il lui arrive de pleurer sans raison apparente, il se plaint d'énervements et d'une sensibilité accentués, son habitus est ralenti, résigné et révolté en même temps.

Appréciation :

M. H. _____ montre, 20 mois après son dernier examen, un tableau aggravé. Sa symptomatologie s'est avérée résistante à toute tentative thérapeutique, elle s'est plutôt continuellement « bétonnée », de façon à ce qu'on doive parler actuellement d'un tableau médicalement irrécupérable. Sa personnalité dépendante et sa faible mobilité mentale aggravent la situation et nous amènent au constat d'une absence de ressources claires et nettes pour amener ne serait-ce que le moindre changement à cette situation.

Diagnostic : identique au dernier

Trouble douloureux somatoforme F45.9

Trouble de personnalité dépendante, asthénique F60.7" ;

- un rapport médical du 18 février 2016 du Dr N. _____, adressé au conseil du recourant et dont la teneur était la suivante :

"Comme demandé, voici le bilan de santé de Monsieur H. _____ au début 2016.

Au niveau psychique, Monsieur H. _____ présente un état dépressif et anxieux-dépressif sévère que la perspective de ne plus jamais trouver de travail aggrave profondément.

Les différentes problématiques : économiques, médicales, sociales et professionnelles sont les facteurs principaux réagissant fortement sur son état psychique. Actuellement, Monsieur H. _____ est

complètement inapte à réaliser une fonction professionnelle et je doute fort qu'à l'avenir, la situation puisse s'améliorer suffisamment pour retrouver une capacité de travail.

D'un point de vue locomoteur, son genou gauche présente une arthrose sévère dans un contexte d'une importante surcharge pondérale et d'un déconditionnement. Les chirurgiens ne veulent pas opérer le patient, en raison des multiples comorbidités : la situation est dans une impasse.

Au niveau de sa colonne lombaire et cervicale, les douleurs sont quasi permanentes et réagissent peu aux thérapies. Les causes étant identiques à celles citées ci-dessus pour son genou, Monsieur H._____ ne peut pas entreprendre le traitement adéquat. En effet, cette symptomatologie nécessiterait un travail important de physiothérapie et de rééducation intensive pouvant durer de 6 à 8 mois.

De plus, l'algie faciale de Monsieur H._____ est permanente, résistante à toutes thérapeutiques et entraînent des douleurs très aiguës, lui provoquant ainsi des envies de « se jeter par la fenêtre ».

Quant aux syndromes métaboliques (obésité, hypertension, diabète, hypercholestérolémie), les traitements médicamenteux permettent uniquement de stabiliser ces pathologies, sans amélioration.

A noter que le diabète, actuellement stabilisé, présente un important facteur défavorable en termes de douleurs de la névralgie, de l'arthrose et de l'état psychique.

Au vu de tous ces éléments, la situation médicale de Monsieur H._____ est extrêmement néfaste. Dans ce contexte, une amélioration médicale et un possible retour au travail sont quasi impossibles."

Par arrêt du 13 décembre 2016 (CASSO AI 20/15 - 333/2016), la Cour de céans a confirmé la décision de l'OAI du 9 janvier 2015.

D. Le 3 mars 2017, H._____ a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. A l'appui de cette dernière, il a produit le rapport médical du 18 février 2016 du Dr N._____, ainsi que celui du Dr Q._____ du 24 novembre 2015.

Le Dr Z._____, médecin auprès du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a considéré dans un avis du 6 juin 2017, sur la base de ces documents produits qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux convaincants.

L'OAI a rendu un premier projet de décision de refus d'entrer en matière du 14 juin 2017, sur lequel le recourant a fait part de ses objections le 12 juillet 2017.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 21 août 2017 du Dr Z. _____), le 6 novembre 2017, l'OAI a annulé et remplacé le projet précité par un nouveau projet du 6 novembre 2017, intitulé refus de rente d'invalidité, rejetant la demande.

Le 21 novembre 2017, le Dr N. _____ a contesté ce projet pour le compte de l'assuré, en indiquant que si le Dr Q. _____ avait fait état d'un diagnostic de base inchangé, il décrivait en revanche qu'avec le temps, les troubles psychiatriques étaient devenus irrécupérables et bétonnés en raison du manque de ressources psychiques du patient. Il indiquait que si en 2015 H. _____ présentait un état dépressif avec troubles somatoformes douloureux légers et traitables, la situation actuelle était irrécupérable.

Le Dr F. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dans un rapport du 22 novembre 2017, a indiqué ce qui suit :

“Je m'alarme de cette prise de position. En effet, le patient souffre de très nombreuses pathologies, qui, prises une à une ne justifient certainement pas une rente AI, mais dans leur ensemble ne permettent pas au malade de retrouver une capacité de gain.

Pour rappel, il a un asthme, une obésité sévère, un syndrome d'apnée du sommeil, une HTA [hypertension artérielle], et un état dépressif chronique ainsi qu'une gonarthrose gauche.

Tous ces diagnostics aisément vérifiables jouent évidemment un rôle sur son état dépressif chronique, dont son psychiatre ne voit pas de solution thérapeutique.

A ceci s'ajoute un syndrome douloureux chronique à la suite d'un coup du lapin, et des douleurs lombaires. C'est donc seulement dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire qu'une décision peut être prise.”

Dans une décision du 27 novembre 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'après évaluation des éléments médicaux reçus, force était de constater qu'il n'y avait aucune modification dans son état de santé ayant

une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision. Il indiquait également que celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision.

E. Par acte du 15 janvier 2018, H._____, représenté par Me Grégoire Ventura, a recouru contre cette décision devant la Cour de céans. Il a en particulier relevé que le Dr Q._____ avait constaté dans un rapport du 24 novembre 2015 un état de santé aggravé, postérieurement à la décision du 9 janvier 2015. Il indiquait que le tribunal cantonal dans son jugement du 13 décembre 2016 avait relevé que dite aggravation devrait cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande en raison du fait qu'elle était survenue postérieurement à la décision attaquée. Il alléguait également que le Dr N._____, récapitulant le bilan de santé dans un rapport du 18 février 2016 avait confirmé lui aussi l'aggravation de l'état de santé. Il s'est encore référé à un rapport du 21 novembre 2017 du Dr N._____ indiquant que si en 2015 le recourant présentait un état dépressif avec troubles somatoformes douloureux légers et traitables, la situation en 2017 était irrécupérable, conformément aux indications du Dr Q._____ dans son courrier du mois de juin 2017. A l'appui de son recours était encore annexé le rapport du 22 novembre 2017 du Dr F._____. Le recourant conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée à compter du mois de novembre 2015. Subsidiairement il réclame l'annulation de la décision et le renvoi de cette dernière à l'OAI pour compléter l'instruction.

L'OAI a répondu le 5 avril 2018. Il a relevé que la décision avait été à tort intitulée refus de rente d'invalidité et qu'il s'agissait en réalité d'un refus d'entrer en matière, dans la mesure où le recourant n'avait pas rendu plausible une modification significative de son état de santé depuis le 9 janvier 2015. Il considère que les pièces produites à l'appui du dépôt de la nouvelle demande, soit les rapports du 18 février 2016, 21 novembre 2017 du Dr N._____, du 24 novembre 2015 et 30 juin 2017 du Dr

Q._____, ainsi que le courrier du 22 novembre 2017 du Dr F._____ ne rendaient pas vraisemblable une modification significative de l'état de santé conduisant à une possible invalidité.

Le 13 juin 2018, le recourant a répliqué alléguant que l'OAI ne pouvait pas transformer sa décision de refus de prestation, ce d'autant qu'il avait procédé à des vérifications en consultant en particulier ses experts. Il relevait en outre que le Dr Q._____ avait évoqué une situation irrécupérable au niveau psychique en raison d'un tableau aggravé depuis janvier 2014, dont l'OAI n'avait jamais tenu compte dans sa décision du 9 février (recte : janvier) 2015. Il considérait que si l'OAI refusait d'entrer en matière, le rapport du 24 novembre 2015 du Dr Q._____ n'aurait jamais été examiné par aucune instance, constituant alors un déni de justice. Sur le fond, le recourant considérait que le Dr Q._____ avait allégué d'un état irrécupérable, d'une absence de ressources claires et nettes conduisant à une totale incapacité de travail. Il ajoutait encore que dans la mesure où le tribunal ne pouvait se convaincre sur la base des rapports médicaux d'une possibilité d'octroyer une rente entière, alors une expertise pluridisciplinaire devait être mise en place. Il requérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, la désignation d'un médecin psychiatre en qualité d'expert principal et l'attribution à cet expert de la mission énumérée dans son mémoire de réplique.

Le 3 juillet 2018, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter à son écriture du 5 avril.

Par courrier du 6 novembre 2018 l'avocat du recourant s'est dit préoccupé par l'état de santé de son client et avoir requis de son médecin traitant un rapport. Il réitérait ses réquisitions de preuve visant à la mise en place d'une expertise.

Le 20 décembre 2018, le recourant a produit un rapport médical du Dr N._____ du 17 décembre 2018 attestant de problématiques de santé suivantes :

“a) Orthopédique : - arthrose du genou gauche sévère et modérée du droit

- arthrose lombaire et cervicale multi-étagées

- obésité

- arthrose post-traumatique du poignet gauche

- lésions de la coiffe des rotateurs épaule gauche

b) Générale :

- apnée du sommeil appareillée

- syndrome métabolique (HTA, chol, diabète,...)

- état de fatigue sévère en relation avec les pathologies précitées

- névralgie du trijumeau gauche

c) Psychique :

- état dépressif chronique

- ressource mentale limitée (personnalité dépendante et faible ressource)

- état de fatigue chronique”

Le 24 janvier 2019, l'OAI s'est encore exprimé en ce sens que le nouveau rapport du Dr N. _____ n'avait aucune incidence dans le contexte d'un refus d'entrer en matière et même en considérant une décision de refus de prester, ce rapport médical ne permettait pas une autre façon de voir que celle allant dans le sens d'un refus de prestations.

Le recourant a produit des photos par courrier du 18 juin 2019 et réitéré sa requête d'expertise judiciaire.

F. Par décision du 27 février 2018, H. _____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme d'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires et de la désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Grégoire Ventura.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

b) En l'espèce, l'OAI soutient qu'il s'agit d'une décision de refus d'entrer en matière, alors que le recourant considère au contraire qu'il s'agit d'une décision de refus d'octroi de prestations d'invalidité.

Il faut admettre que la décision attaquée fait naître la confusion dans la mesure où sa motivation contient des éléments relatifs au refus de prestation au fond comme des éléments en lien avec un refus d'entrer en matière. Il convient de relever que l'intitulé d'une décision n'est pas déterminant pour délimiter l'objet de la contestation (CASSO AI 177/15 - 148/2016 du 14 juin 2016 consid. 2b et AI 170/15 - 310/2015 du 7 décembre 2015 consid. 4b), cependant la cour considère dans le cas particulier qu'en annulant et remplaçant son projet « de refus d'entrer en matière » du 14 juin 2017 par celui de refus de rente d'invalidité du 6 novembre 2017, confirmé par la décision, objet du présent recours, l'OAI a intentionnellement modifié sa ligne de conduite créant ainsi une situation

confuse dont il doit assumer les conséquences, conformément au principe de la bonne foi. A cela s'ajoute qu'il a soumis au Dr Z._____, médecin auprès du SMR, qui s'est prononcé dans un avis du 21 août 2017, le rapport du Dr Q._____ du 30 juin 2017, produit par le recourant après que la nouvelle demande a été déposée. Cet élément parle également en faveur de l'entrée en matière de l'OAI sur la nouvelle demande de prestations déposée le 3 mars 2017 par l'assuré.

Dès lors, il conviendra d'examiner si, entre la décision du 9 janvier 2015, confirmée par arrêt du 13 décembre 2016 de la Cour de céans (CASSO AI 20/15 - 333/2016), et celle du 27 novembre 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de manière à influencer son droit à des prestations d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 2 LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). En revanche, si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, comme en l'espèce, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui 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.

c) Aux termes 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge appréciera librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

5. a) En l'espèce, à l'issue du précédent examen matériel du droit à la rente, dans sa décision du 9 janvier 2015, confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 13 décembre 2016, l'OAI a retenu que dès le 16 décembre 2012, le recourant avait retrouvé une capacité de travail de 80 %. Sur le plan somatique, la Cour de céans constatait que l'état de santé du recourant était globalement similaire à celui dont il se plaignait déjà lors de la précédente demande du 19 août 2009. Les affections métaboliques telles que HTA (hypertension artérielle) traitée, déconditionnement, surpoids et diabète étaient alors stabilisées. L'état de son genou gauche, dont l'arthrose évoluait lentement, pouvait être amélioré, sinon stabilisé, par une perte de poids préconisée par plusieurs médecins. Les problématiques relatives à son poignet, ainsi qu'à son

épaule gauche, son syndrome d'apnée du sommeil au demeurant appareillé, ses douleurs cervico-lombaires, considérées par le Dr W._____, spécialiste en neurologie, comme banales, de même que la névralgie du trijumeau, n'avaient pas évolué de manière significative. Quant aux troubles psychiques, ayant conduit l'OAI à admettre une incapacité de travail entière limitée dans le temps, ils ne permettaient pas au-delà du 15 décembre 2012 d'admettre une quelconque incapacité de travail. Ni le trouble somatoforme, ni sa personnalité à trait dépendante, ni le fait que le Dr Q._____ décrive le recourant comme « quelqu'un de cassé » ne permettait de retenir un caractère invalidant pour ces troubles au-delà de cette date.

b) Dans le cadre de la présente procédure, les rapports produits par le recourant à l'appui de sa demande de révision font état d'une situation médicale largement superposable à celle qui prévalait lors de la dernière décision, voire même des précédentes. Certes, de par l'écoulement du temps, l'état de santé du recourant se cristallise de plus en plus, sans que l'on ne puisse toutefois admettre sur cette seule base et en l'absence d'éléments nouveaux importants propres à influencer le degré d'invalidité, une remise en question régulière des décisions prises antérieurement.

Au demeurant, du point de vue somatique, les rapports du Dr N._____ du 18 février 2016 ou du 17 décembre 2018 ne permettent pas d'envisager la situation de manière différente. Tous les éléments évoqués que ce soit orthopédiques ou métaboliques ont déjà été pris en considération et le Dr N._____ ne fait pas état d'une aggravation médicale objective rendant vraisemblable une incapacité de travail différente de celle retenue précédemment. Il évoque certes une arthrose qui a évolué au fil du temps, aussi bien aux genoux gauche que droit (rapport médical du 17 décembre 2018), sans indiquer pour autant en quoi cette évolution le priverait de la capacité de travail dont il disposait au moment de la précédente décision. Sa problématique orthopédique, accentuée par son obésité, a déjà été longuement discutée dans la précédente procédure et prise en considération dans l'évaluation de sa

capacité résiduelle. Le rapport du Dr F._____ du 22 novembre 2017 permet de confirmer que la situation ne s'est pas modifiée par rapport à celle qui prévalait lors du dernier examen matériel.

Le Dr Q._____ dans son rapport médical du 24 novembre 2015 évoque certes des plaintes douloureuses augmentées, une opération de la cataracte, une impuissance sexuelle aggravée par les médicaments et des symptômes dépressifs ajoutés, mais confirme néanmoins un tableau superposable à celui de janvier 2014. Le rapport du 30 juin 2017 de ce même médecin ne permet guère de penser autrement, puisqu'il évoque un état psychique identique à celui dont il faisait état dans le rapport précité et qui ne s'est de fait pas modifié depuis janvier 2014. A cet égard, on relèvera que le Dr Q._____ dans un rapport médical du 24 février 2014 faisait état de l'absence de dépression grave considérant que le recourant présentait plutôt une labilité affective qui ne nécessitait pas de médication. Il évoquait ainsi déjà un patient qu'il considérait comme injustement « cassé » et incompris, dont la seule issue salvatrice était d'être reconnu invalide par l'assurance-invalidité. L'examen des rapports médicaux produits à l'appui de sa dernière demande et de la présente procédure ne permet pas de poser un autre constat. La situation bétonnée (*sic*), irrécupérable qu'évoque le Dr Q._____ et que relève le recourant dans ses écritures était ainsi déjà évoquée dans le cadre de l'examen précédent, de même que l'échec des thérapies antidépressives telles que celles tentées entre mars et mai 2017. En effet, le psychiatre traitant considérait en 2014 déjà que de telles thérapies n'avaient que peu de chance, ce qui semble s'être confirmé au vu de la très brève durée du traitement. Force est ainsi d'admettre que la symptomatologie cristallisée et les échecs thérapeutiques répétés avaient déjà été pris en considération précédemment.

Quant à sa faible mobilité mentale dont il était déjà fait état dans le précédent rapport, elle ne l'empêchait pas de se procurer d'agréables moments compensatoires dans sa vie quotidienne comme le relevait alors le Dr Q._____.

Enfin, si les Drs N._____ et F._____ qui ne sont eux-mêmes pas psychiatres évoquent tous deux un état dépressif chronique, voire sévère, ce n'est pas le diagnostic posé par le psychiatre traitant qui a confirmé celui de trouble somatoforme douloureux et de trouble de la personnalité dépendante et asthénique.

c) En conclusion, rien au regard des nouveaux rapports médicaux produits ne permet d'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant, qui le limiterait davantage du point de vue fonctionnel et serait propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente.

6. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre des mesures d'instruction requises par le recourant, en particulier la requête d'expertise pluridisciplinaire, n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Ce dernier bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Grégoire Ventura. Sur la base de la liste des opérations produite le 4 septembre 2018, augmentée de deux heures de travail pour tenir compte des dernières démarches qui n'ont pas été prises en considération, il convient d'arrêter à 2'283 fr. l'indemnité de Me Ventura, correspondant à douze heures et quarante-et-une minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'458 fr. 80.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 122 fr. 90.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'581 fr. 70 (2'458 fr. 80 + 122 fr. 90).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 27 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Grégoire Ventura, conseil du recourant, est arrêtée à 2'581 fr. 70 (deux mille cinq cent huitante-et-un francs et septante centimes), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Grégoire Ventura (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :