

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, av.
à Yverdon-les Bains,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3
RAI**

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en tant que manutentionnaire lorsqu'il a subi un accident de moto le 22 juin 2001 ayant entraîné une fracture de la rotule droite.

L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 février 2002, motivée par des problèmes de genoux et de dos en lien avec son accident de moto. Durant l'instruction de cette demande, une expertise rhumatologique a été mise en œuvre. Retenant dans son rapport du 18 octobre 2004 les diagnostics d'arthrose fémoro-rotulienne droite évolutive post-traumatique et de lombalgies communes, la Dre Z. _____, spécialiste en rhumatologie, a déterminé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manutentionnaire était de 50 %, tandis qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité semi-sédentaire avec alternance des positions, éviter de monter sur une échelle ou se déplacer sur un terrain instable et des sols mouillés ; pas de port de charge de plus de 15 à 20 kg).

Dans son avis du 16 février 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié aux conclusions de cette expertise et a écarté le rapport établi le 7 janvier 2005 par la psychiatre traitante consultée par l'assuré, pour retenir que ce dernier présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sans incidence sur la capacité de travail. Sur cette base, l'OAI a rendu le 6 juillet 2005 une décision de refus de prestations, confirmée sur opposition le 8 février 2007.

Une deuxième demande de prestations déposée par l'assuré le 1^{er} juin 2007, accompagnée d'un rapport de ses psychothérapeutes, a fait l'objet d'une décision de refus d'entrer en matière le 21 septembre 2007.

L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 27 juillet 2012, à l'appui de laquelle il a produit un rapport du 5 décembre 2012 de ses psychothérapeutes, faisant état d'une importante symptomatologie dépressive. Ils ont confirmé et précisé leurs conclusions dans un rapport du 21 mars 2013. Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligencé une expertise psychiatrique auprès de la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 décembre 2013, l'experte n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. L'assuré présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, ces troubles étant cependant sans influence sur la capacité de travail. Les facteurs psychosociaux étaient au premier plan avec une situation de couple difficile, une épouse bénéficiant d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, des difficultés financières importantes et des dettes. Le pronostic paraissait mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle, dans la mesure où l'assuré adoptait un comportement d'invalidé. Dans son avis du 12 février 2014, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a constaté par ailleurs que l'état somatique n'avait pas évolué selon le rapport établi le 28 janvier 2013 par le médecin généraliste traitant, de sorte que l'OAI a rendu une décision de refus de rente le 18 juin 2014.

Par courrier du 23 juin 2014, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue D._____ ont fait savoir à l'OAI que l'état de santé psychiatrique de l'assuré se péjorait, précisant que le trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2), dont il était atteint perdurait malgré une bonne compliance au traitement psychiatrique et psychothérapeutique. L'OAI n'a pas donné suite à ce courrier, produit tardivement, ce dont il a informé l'assuré par courrier du 30 juin 2014.

B. Une quatrième demande de prestations a été déposée par l'assuré le 23 septembre 2016, faisant état d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble somatoforme. Invité par l'OAI à rendre plausible une aggravation de son état de santé, l'assuré a produit un rapport du 11

novembre 2016 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue D._____, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble somatoforme indifférencié. Les psychothérapeutes traitants constataient une aggravation du trouble dépressif récurrent, ayant nécessité plusieurs réévaluations de la médication prescrite, ce qui indiquait que le trouble dépressif avait cessé d'être épisodique et rémittent pour devenir constant. Ils déduisaient par ailleurs des plaintes somatiques exprimées de façon persistantes par l'assuré qu'il souffrait d'un trouble somatoforme.

Le SMR ayant exposé dans son avis du 28 mars 2017 que ce rapport médical n'apportait pas d'élément nouveau qui n'avait pas déjà été pris en compte dans l'expertise psychiatrique du 3 décembre 2013, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 28 juin 2017. Désormais représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 25 août 2017.

Par arrêt du 6 juin 2018 (AI 230/17 - 168/2018), la Cour a admis le recours et annulé la décision rendue le 28 juin 2017. La cause a ainsi été renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision, à savoir déterminer la capacité de travail du recourant au regard des troubles psychiatriques qu'il présente, en procédant aux investigations médicales utiles et, en cas de modification effective de l'exigibilité, à une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assuré (consid. 5). La Cour a constaté en particulier ce qui suit :

« 4. [...]

b) A l'appui de sa demande du 23 septembre 2016, le recourant a produit un rapport médical du 11 novembre 2016 établi par le Dr X._____ et le psychologue D._____. Ceux-ci retiennent les diagnostics de troubles dépressifs récurrents et de trouble somatoforme indifférencié, attestant une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de l'importance et de la persistance des symptômes dépressifs et des douleurs physiques. Le courrier du 23 juin 2014 établi par le Dr F._____ est également à prendre en compte dans le cadre de cette quatrième demande de prestations,

puisqu'il a été produit après la décision du 18 juin 2014 (troisième demande). Il ressortait de ce rapport que l'état de santé psychiatrique de l'assuré se péjorait, malgré une bonne compliance au traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

L'OAI a retenu que l'assuré n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 18 juin 2014. Il s'est référé à l'avis du 28 mars 2017 établi par la Dresse [...] du SMR, laquelle observait que le syndrome douloureux somatoforme évoqué par le Dr X._____ avait déjà été rapporté dans l'expertise du 3 décembre 2013. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur les éléments en lien avec le trouble dépressif rapporté par le Dr X._____.

Or, par rapport à la situation prévalant lors de la décision du 18 juin 2014, le Dr X._____ a fait état dans son rapport du novembre 2016, de plusieurs symptômes du registre dépressif qui n'étaient pas présents - ou à tout le moins pas dans une telle mesure - lorsque l'expertise du 3 décembre 2013 a été réalisée. Il a en effet rapporté que le recourant présentait une thymie triste, une irritabilité, une grande fatigue, une anhédonie, une perte d'estime de soi, un retrait social fort, des ruminations, des idées noires et des plaintes somatiques. L'assuré présentait par ailleurs une conscience morbide. En comparaison, on rappelle que l'experte psychiatre avait objectivé dans le rapport d'expertise du 3 décembre 2013 une humeur dépressive, un manque d'énergie et un sentiment de dévalorisation. Aucun autre symptôme du registre dépressif n'était observé.

La Dresse J._____ avait par ailleurs exclu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en l'absence de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de période de rémission. Le Dr X._____ a quant à lui expliqué qu'il avait dû réévaluer à plusieurs reprises depuis 2013 le traitement prescrit, en raison de l'aggravation du trouble dépressif récurrent. Pour lui, une telle évolution indiquait que le trouble dépressif avait cessé d'être épisodique et rémittent pour devenir constant. On remarquera à cet égard que la prescription de Tranxilium a effectivement augmenté depuis 2013 puisqu'elle est passée de 5mg à 20mg en 2016. On notera par ailleurs que la Dresse J._____ avait observé une mauvaise compliance de l'assuré au traitement antidépresseur prescrit alors que ce dernier semble désormais se soumettre à son traitement, mais sans bénéfice, ce qui rejoint le constat du Dr F._____ dans son rapport du 23 juin 2014. Les éléments médicaux récents contrastent donc avec les constatations faites à l'époque de l'expertise du 3 décembre 2013 et rendent plausible une aggravation de l'état de santé au plan psychiatrique, propre à influencer le taux d'invalidité du recourant. Vu ces éléments, il se justifie que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 23 septembre 2016 et reprenne l'instruction du dossier.

On notera au surplus que le trouble somatoforme douloureux évoqué par le Dr X._____ dans son rapport du 11 novembre 2016 n'est pas un diagnostic nouveau puisque la Dresse J._____ le mettait déjà en évidence dans son expertise du 3 décembre 2013. On observe cependant qu'aucun élément au dossier ne permet d'apprécier la capacité de travail du recourant au regard des

nouvelles exigences jurisprudentielles en matière de trouble somatoforme (cf. ATF 141 V 281), ce à quoi l'OAI devra être attentif dans le cadre de l'instruction du dossier à venir. »

Répondant le 18 juillet 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif depuis 2011, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil depuis 2006, de lombalgies chroniques et de status post fracture de la rotule droite avec algoneurodystrophie depuis 2011. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et la capacité de travail dans une activité adaptée devait être déterminée par le psychiatre. Les atteintes somatiques entraînaient des limitations fonctionnelles en lien avec les lombalgies.

Le Dr X._____ a également rempli un questionnaire de l'OAI le 10 août 2018. Rappelant qu'il suivait l'assuré depuis juillet 2014 à une fréquence mensuelle, le psychiatre traitant a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis 1994 et de trouble somatoforme indifférencié depuis 2001. La capacité de travail était nulle depuis juillet 2018 dans toute activité et le pronostic était réservé en raison de la persistance et du peu d'évolution des symptômes dépressifs. Les limitations fonctionnelles étaient les difficultés relationnelles et l'hostilité (irritabilité et isolement social), les difficultés dans la gestion des émotions (sentiment de tristesse, d'être à fleur de peau), les difficultés liées aux tâches administratives, les difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne (tâches domestiques), les difficultés dans les déplacements (douleurs) et l'hypersensibilité au stress (gestion des émotions), des capacités limitées de concentration, de compréhension (ralentissement de la pensée et difficultés linguistiques), mnésiques et d'adaptation aux changements.

Dans un avis du 28 mars 2019, le SMR a relevé que les nouveaux rapports déposés ne permettaient pas d'évaluer la capacité de travail sur le plan psychique au regard des nouvelles exigences jurisprudentielles et a par conséquent préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, rhumatologique et

de médecine interne. Le centre d'expertise B._____ a été désigné et les mandats confiés aux Dres V._____, médecin praticien, Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N._____, spécialiste en rhumatologie. Les expertes ont déposé leur rapport le 11 octobre 2019, constitué principalement d'une évaluation consensuelle (ch. 4) fondée sur les expertises rhumatologique (annexe 1), psychiatrique (annexe 2) et de médecine interne générale (annexe 3) ainsi qu'une synthèse du dossier (annexe 4). Dans l'évaluation consensuelle, les expertes ont retenu les diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de syndrome fémoro-patellaire droit en status après intervention sur la rotule (08.11.2001) avec arthrose fémoro-patellaire post-traumatique (M17.3), lombalgies communes (M54.5), syndrome douloureux somatoforme persistant où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1), syndrome d'apnée obstructive du sommeil, actuellement non appareillé (G473), et hypertension artérielle traitée (I10). Elles ont déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail nécessitant l'accroupissement, la position à genoux, des déplacements itératifs sur terrain irrégulier et/ou de longs déplacements, la montée ou descente itérative des escaliers respectivement des pentes, le travail sur échelle ou échafaudage, le port itératif de charges > 20 kg ; asthénie, fatigabilité (en partie liée à ses troubles d'apnées du sommeil), diminution de la résistance au stress avec irritabilité et intolérance aux bruits. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle depuis le 21 juin 2001 pour des raisons ostéoarticulaires, mais de 60 % d'un point de vue psychiatrique depuis deux mois (arrêt de la médication psychotrope). Dans une activité adaptée, elle était entière depuis octobre 2004 sans perte de rendement d'un point de vue ostéoarticulaire, mais de 60 % depuis deux mois d'un point de vue psychiatrique (arrêt de la médication psychotrope). L'incapacité de travail partielle pourrait être corrigée par des mesures médicales (réintroduction d'un antidépresseur, augmentation de la fréquence du suivi psychothérapeutique et traitement adapté du syndrome d'apnée du sommeil.

A la demande du SMR, des questions complémentaires ont été soumises aux expertes. Dans leur réponse du 6 janvier 2020, celles-ci ont précisé qu'elles retenaient, sur le plan rhumatologique, une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle depuis l'accident de moto alors que l'experte Z._____ avait précédemment conclu à une capacité de travail de 50 %, sans qu'il n'y ait eu d'aggravation de la situation, eu égard aux accroupissements, agenouillements, travail sur échelle voire sur échafaudage et port de charge induits par l'activité de manutentionnaire. Sur le plan psychique, la situation était superposable à celle observée par la Dre J._____. La capacité de travail était entière, hormis une période d'incapacité de travail complète liée à l'arrêt de la médication et qui durerait quatre semaines, à savoir le temps nécessaire à la réintroduction de la médication. Prenant connaissance de cette réponse, le SMR a retenu dans son avis du 28 janvier 2020 qu'il existait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sur les plans somatique et psychique.

Un projet de décision de refus de rente a été notifié le 24 mars 2020 à l'assuré, au motif que le degré d'invalidité s'élevait à 10 % après comparaison des revenus tirés des statistiques 2016 indexées à 2020.

Le 13 mai 2020, l'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision et produit une prise de position du 31 janvier 2020 du Dr X._____ et de la psychologue D._____ sur l'expertise psychiatrique du 11 octobre 2019. Ils relevaient des erreurs et lacunes dans cette expertise, notamment sur l'évaluation de la médication, sur les motifs de l'arrêt de celle-ci ou encore sur l'arrêt d'utilisation de l'appareillage pour les apnées du sommeil, ainsi que sur les éléments de contexte externe ayant un impact significatif sur l'état psychique du patient et sur sa prise en charge.

Sur la suggestion du SMR, les remarques des psychothérapeutes ont été soumises à l'experte Q._____, ainsi que des questions complémentaires de l'assuré. Dans sa réponse du 4 novembre 2020, celle-ci a partiellement répondu aux questions posées, en indiquant que le syndrome des apnées du sommeil pouvait augmenter certains

symptômes (fatigue et troubles de la concentration) et avoir un impact sur l'état psychique tout en limitant le recours à certains antidépresseurs, tandis que les éléments biopsychosociaux de l'assuré (tensions familiales, manque de soutien de l'épouse) influençaient certainement son état et l'évolution de ses troubles anxio-dépressifs. A la suite de ces réponses, le SMR a préconisé de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint les services de la psychologue C._____.

Dans son rapport du 6 avril 2021, le Dr K._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis janvier 2014, F33.11, et de troubles douloureux somatoformes persistants « avec indices de gravité jurisprudentiels partiellement remplis dans le sens d'une capacité de travail de 50 %, lorsqu'on prend en compte les troubles dépressifs récurrents moyens », F45.4. L'expert a par ailleurs retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de traits de la personnalité anxieuse et émotionnellement labile actuellement non décompensé, Z73.1. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 50 % dans toute activité, sans baisse de rendement, depuis janvier 2014, les limitations fonctionnelles étant des troubles de la concentration, un ralentissement psychomoteur modéré, un isolement social partiel. Les traits de la personnalité anxieuse et émotionnellement labile représentaient un frein à la réadaptation professionnelle en affaiblissant sa résistance au stress, sans être incapacitants en soi.

Dans son avis du 20 avril 2021, le SMR a conclu que cette expertise était précise, détaillée et convaincante, de sorte qu'elle pouvait être suivie. Il fallait ainsi retenir que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis juin 2001 pour des raisons somatiques, de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques dès octobre 2004 et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques dès janvier 2014.

Le 8 juillet 2021, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du salaire exigible en 2017, basé sur les statistiques 2016, indexées à 2017, pour les deux termes de la comparaison. Une réduction supplémentaire de 5 % a été admise sur le revenu avec invalidité pour tenir compte du taux d'occupation uniquement, les limitations fonctionnelles étant prises en compte dans la diminution de la capacité de travail. Il en résultait un préjudice économique de 52.50 %. Il était précisé que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif, sans prise de responsabilité, dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger ou encore opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres).

L'OAI a établi le 12 juillet 2021 un projet d'acceptation de rente, annulant et remplaçant le projet de décision du 24 mars 2020, prévoyant d'octroyer à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2017, compte tenu d'un degré d'invalidité de 53 %.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 9 août 2021, en produisant une prise de position établie le 6 août 2021 par le Dr X. _____ sur l'expertise psychiatrique du 6 avril 2021. Le psychiatre traitant relevait que le status, l'anamnèse et la description du contexte bio-psychosocial de son patient étaient correctement restitués par l'expert, mais que la capacité de travail de 50 % était incompréhensible. Il contestait par ailleurs les « antécédents de traitement médicamenteux » retenus par l'expert, ce qui invalidait ses propositions thérapeutiques, précisant à cet égard qu'une augmentation de la fréquence des entretiens était en décalage avec la réalité médicale (chronicisation et capacités d'introspection limitées) et économique (prise en charge limitée par la caisse maladie).

Consulté pour avis, le SMR a indiqué le 19 août 2021 que les éléments soulevés par le psychiatre traitant ne remettaient pas en cause son précédent avis.

Par décision du 24 novembre 2021 reprenant la motivation de son projet du 12 juillet 2021, l'OAI a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2017.

C. Toujours représenté par Me Treyvaud, M. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 6 janvier 2022. Se fondant essentiellement sur la prise de position du Dr X. _____ du 6 août 2021, il a conclu à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée dès le 1^{er} mars 2017. Il a par ailleurs sollicité l'assistance judiciaire complète et requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante à titre de mesure d'instruction.

Par décision du 11 janvier 2022, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office en la personne de Me Treyvaud, et l'a astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1^{er} mars 2022.

Dans sa réponse du 21 février 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse en se référant aux résultats de l'expertise psychiatrique du Dr K. _____ et aux avis de son SMR.

Le 28 mars 2022, le recourant a produit un rapport établi le 22 mars 2022 par le Dr X. _____, lequel exposait ce qui suit :

« Le status et les diagnostics restent inchangés depuis notre dernier rapport du 6 août 2021 confirmant une nouvelle fois la chronicisation de la dépression et des douleurs somatiques depuis une vingtaine d'années et la pauvreté des ressources lié à un contexte bio-psycho-social catastrophique bien installé. Celle-ci rend illusoire une capacité de travail même résiduelle, et les propositions de réadaptation irréalisables. »

L'intimé s'est déterminé le 25 avril 2022. Relevant que le nouveau rapport du psychiatre traitant ne faisait pas état d'élément médical objectivement vérifiable, il a confirmé ses conclusions.

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 de fin d'année (art. 38 al. 4 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) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 17 mars 2017.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 24 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation

demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations du recourant, conformément à l'arrêt de renvoi rendu par la Cour de céans le 6 juin 2018.

Seul l'état de santé psychique restait litigieux, l'arrêt de renvoi spécifiant qu'il s'agissait de procéder aux investigations médicales utiles pour déterminer la capacité de travail du recourant au regard de ses troubles psychiatriques. L'intimé a néanmoins mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire incluant les problématiques somatiques, laquelle a débouché sur une lecture différente de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle en lien avec les atteintes somatiques, à savoir une incapacité totale. Les expertes de B._____ ont toutefois confirmé l'existence, sur le plan somatique, d'une capacité de travail totale dans

une activité adaptée aux limitations fonctionnelles épargnant son dos et ses genoux, à l'instar de l'experte Z. _____ en octobre 2004. L'intimé a pris acte de l'incapacité totale dans l'activité habituelle retenue par les nouvelles expertes, tandis que le recourant n'a jamais remis en question l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle sur le plan purement somatique. Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, qui a fait l'objet de deux expertises spécialisées arrivant aux mêmes conclusions et n'est pas sérieusement remis en cause par les médecins traitants.

b) Le recourant fait valoir en revanche que sa situation psychique n'a pas été évaluée correctement.

Sur le plan psychiatrique, une première expertise a été diligentée en 2013, au terme de laquelle la Dre J. _____ a conclu à l'absence d'influence sur la capacité de travail du syndrome douloureux somatoforme persistant et de l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique diagnostiqués. Six ans plus tard, en 2019, la Dre Q. _____ a retenu l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ou interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1), atteintes qui n'étaient pas considérées comme incapacitantes au long cours compte tenu de la jurisprudence actuelle. L'arrêt du traitement antidépresseur, deux mois avant l'examen, avait cependant entraîné provisoirement une diminution de la capacité de travail dans toute activité. A la demande du SMR, l'experte a précisé que la situation était superposable à celle décrite par la Dre J. _____ et qu'en cas de reprise d'un antidépresseur, la capacité de travail pourrait redevenir entière dans un délai d'environ quatre semaines, l'arrêt du traitement étant fréquemment suivi d'une légère rechute de la symptomatologie (irritabilité accrue, baisses de thymie, anxiété). Ces conclusions ont été critiquées par le psychiatre traitant, amenant le SMR à réinterroger la Dre Q. _____ puis à préconiser une nouvelle expertise psychiatrique. Une troisième expertise a ainsi été mise en œuvre auprès du Dr K. _____, lequel a confirmé les diagnostics posés dans les précédentes expertises et déterminé que la

capacité de travail était réduite à 50 % dans toute activité depuis 2014 sur le plan psychique.

L'expert K. _____ a décrit avec précision dans son rapport les outils diagnostics dont il s'était servi pour poser ses diagnostics et pour déterminer la capacité de travail. Il a soigneusement discuté les diagnostics différentiels, en particulier les motifs qui l'amenaient à retenir un épisode dépressif moyen et non sévère. Il a également confronté ses constatations avec celles des précédentes expertises et indiqué pour quel motif il estimait, contrairement à l'experte Q. _____, qu'il y avait eu une aggravation de la situation thymique en 2014. Il a fait de même par rapport aux conclusions du psychiatre traitant. A cet égard, il a relevé que l'incapacité de travail totale décrite par celui-ci était discordante avec la description donnée par le recourant de sa journée type, tandis que l'absence de changement récent dans le traitement antidépresseur, l'absence d'hospitalisation et la fréquence du suivi psychiatrique et psychologique plaident contre un trouble incapacitant à 100 %. Il faut ainsi constater, avec le SMR, que cette expertise est détaillée, précise et convaincante.

Dans sa prise de position du 6 août 2021, le psychiatre traitant a admis que l'expert K. _____ avait correctement reconstitué le status, l'anamnèse et le contexte biopsychosocial de son patient, mais a estimé que les explications données pour fixer une capacité de travail de 50 % n'étaient pas compréhensibles. Cependant, le Dr X. _____ n'explique pas pour quels motifs il faudrait retenir une incapacité de travail totale avec les informations recueillies par l'expert. Dans son rapport du 28 mars 2022, il a évoqué la pauvreté des ressources dans un contexte bio-psycho-social qualifié de catastrophique et bien installé. Dans sa prise de position du 31 janvier 2020, il déplorait la non prise en compte d'éléments contextuels par la Dre Q. _____ dans l'examen des ressources et difficultés rencontrées par son patient. De même, dans son rapport du 10 août 2018, ce médecin mentionnait, comme facteurs faisant obstacle à une réadaptation, non seulement l'état psychique de son patient mais encore son état somatique, son environnement familial et ses difficultés

financières. Or il faut garder en mémoire le fait que, selon la jurisprudence, dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté et que, d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, tel le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Il faut ainsi constater que le Dr X._____ fondait son appréciation de la capacité de travail du recourant en grande partie sur des éléments non pertinents, de sorte que ses remarques ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert K._____.

c) Le Dr X._____ a par ailleurs critiqué l'expertise en raison de certaines inexactitudes relatives au dosage de la médication. Il faut relever à cet égard que ce médecin est manifestement parti de la prémisse erronée que l'augmentation du dosage de la Venlafaxine à 225 mg par jour figurait dans sa prise de position du 31 janvier 2020, ce qui n'est pas possible dès lors qu'il précise que ce changement de dosage a été introduit le 26 juin 2020. Dans son écrit du 31 janvier 2020, le Dr X._____ faisait état du remplacement, en 2014, du Cipralex 20 mg par jour par le Cymbalta progressivement augmenté à 90 mg par jour puis par la Venlafaxine 75 mg par jour, d'un arrêt provisoire de ce médicament dans le contexte des investigations en laboratoire du sommeil puis d'une réintroduction de la Venlafaxine à 37,5 mg par jour, d'une interruption provisoire en raison de démangeaisons, et finalement d'un dosage actuel de 150 mg par jour. Cela étant, l'expert K._____ a pris note du dosage annoncé par le recourant, lequel a précisé que son traitement était inchangé depuis 2019 (ch. 3.2.12, p. 34 du rapport d'expertise du 6 avril 2021). L'expert a par ailleurs procédé à un dosage sanguin de la Venlafaxine et constaté un taux « supra clinique », ce qui va dans le sens d'une augmentation du dosage que le recourant a oublié de signaler.

Quoi qu'il en soit, l'absence de changement de traitement antidépresseur n'est qu'un élément parmi d'autres cité par l'expert pour constater que les limitations fonctionnelles devaient être qualifiées de modérées plutôt que sévères, ce constat se fondant principalement sur la

description par le recourant de sa journée type (ch. 3.2.14, pp. 35 s. du rapport d'expertise du 6 avril 2021). Il convient par ailleurs de relever que, nonobstant l'augmentation du dosage de la Venlafaxine en juin 2020, le Dr X._____ n'a pas signalé d'aggravation de l'état psychique de son patient au cours de l'année 2020. En particulier, il n'a pas contesté le diagnostic d'épisode dépressif moyen versus sévère et a admis que l'anamnèse a été posée correctement, ce qui inclut la description de la journée type de son patient. Quant aux propositions thérapeutiques de l'expert, il y a lieu de relever que celui-ci a constaté que l'état était stationnaire depuis 2014 « avec un suivi psychiatrique et avec un traitement antidépresseur bien dosé et inchangé depuis plusieurs années et sans hospitalisation psychiatrique ». Il a qualifié ce traitement de partiellement adéquat du fait de l'absence d'amélioration et a préconisé, non pas d'augmenter le dosage de la Venlafaxine, mais d'opter pour une autre molécule qui tient compte des douleurs et d'augmenter la fréquence des séances de psychothérapie. Cette proposition s'inscrit dans l'optique d'accroître les chances de résoudre l'épisode dépressif (ch. 8.2, p. 57 du rapport d'expertise du 6 avril 2021), perspective sur laquelle l'expert a posé un pronostic très réservé - 50 % de chances sur une période d'une année - et dont il n'a pas tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail (cf. ch. 8.1, p. 56 du rapport d'expertise du 6 avril 2021). Il faut ainsi constater que l'inexactitude sur le dosage actuel de l'anti-dépresseur relevée par le Dr X._____ n'est pas de nature à remettre en question les conclusions du Dr K._____. Quant aux motifs avancés par le Dr X._____ pour expliquer le rythme des séances de psychothérapie, partiellement non pertinents en tant qu'ils sont liés au contexte socio-économique du recourant, ils sont cohérents avec le pronostic très réservé des chances de succès des modifications thérapeutiques proposées par l'expert.

d) En définitive, il apparaît que l'expertise psychiatrique du Dr K._____ jouit d'une pleine valeur probante. C'est dès lors à juste titre que l'intimé en a suivi les conclusions pour déterminer la capacité de travail du recourant.

6. Le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé.

Celui-ci a établi un calcul du degré d'invalidité à l'issue du délai d'attente de six mois à compter de la date du dépôt de la demande de prestations (29 al. 1 LAI), en mars 2017, compte tenu d'une péjoration de l'état de santé psychique survenue dans le courant de l'année 2014. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a utilisé les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016, tableau TA1_skill_level, niveau de qualification 1, indexé à 2017 et ajusté à la durée moyenne du travail en Suisse en 2017 (41.7 heures), pour un taux d'activité de 100 % sans abattement supplémentaire, soit un revenu annuel de 67'070 fr. 60. Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé le même revenu statistique adapté aux critères de l'années 2017, au taux de 50 % et avec un abattement supplémentaire de 5 % pour tenir compte du taux d'occupation, soit un revenu annuel de 31'858 fr. 54. Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique, car l'intimé a correctement appliqué la jurisprudence en la matière. En particulier, dans la mesure où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle depuis 2001, les données salariales du dernier emploi ne sont plus exploitables (cf. notamment TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.2 ; 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 52.50 %, arrondi à 53 % (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise.

Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Paul-Arthur Treyvaud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 6 mars 2023, laquelle fait état de 11 heures d'activité. Ces opérations étant justifiées au regard de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'239 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil d'office de M. _____, est arrêtée à 2'239 fr. 10 (deux mille deux cent trente-neuf francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour M. _____),
- 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 :