

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 février 2024

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, à Lausanne,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 17 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 28 décembre 1977, a déposé le 15 décembre 2010 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de séquelles d'un accident ayant eu lieu en mars 1986 et d'une rupture de la coiffe des rotateurs à droite. Il a indiqué qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 19 octobre 2010. Au plan professionnel, il a exposé avoir été employé comme magasinier-cariste à 100 % du 10 avril 2007 au 31 mars 2008 et avoir ensuite perçu des prestations de l'assurance-chômage, puis de l'aide sociale.

Dans un rapport médical du 3 janvier 2011 à l'OAI, le Dr Y._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale provoqué par un accident de la route en 1986 et de rupture de la coiffe des rotateurs à droite depuis octobre 2010. Il a précisé que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % dans sa dernière activité de chauffeur-livreur, en raison de lombalgies chroniques et de restrictions psychiques. De plus, il n'y avait pas d'activité adaptée envisageable pour le moment.

Dans une décision du 14 décembre 2010, la Justice de paix du district de Lausanne a instauré une mesure de curatelle volontaire en faveur de l'intéressé remplaçant une mesure de tutelle qui avait été instaurée en 2002.

Par rapport du 28 janvier 2011 à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait une tendinite calcifiée du muscle sus-épineux de l'épaule droite.

Dans un rapport du 30 mai 2011 à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, psychologue assistante, auprès de la Policlinique du Département de psychiatrie du

CHUV (consultation de Chauderon), ont indiqué qu'ils avaient pris en charge l'assuré du 21 janvier au 25 février 2011. Ils recommandaient une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée. Ils ont posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques (F33.00) depuis 2001 et de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) existant probablement depuis le début de l'âge adulte. Les spécialistes ont constaté que le discours de l'assuré était cohérent, centré sur ses douleurs et leurs répercussions sur sa vie professionnelle, avec la crainte de devenir plus handicapé. D'après l'assuré, les douleurs étaient actuellement continues et exacerbées au moindre effort. Elles l'empêchaient de porter des choses, de participer aux tâches du ménage et de dormir la nuit. Il remarquait par ailleurs un lien entre son état psychique et l'intensité des douleurs. Depuis plusieurs mois et progressivement, il se sentait de plus en plus déprimé. Les spécialistes constataient par ailleurs la présence chez l'assuré d'un sentiment d'inutilité, de faible estime de lui-même et d'impuissance par rapport à sa situation actuelle. La thymie était neutre, il n'y avait ni trouble formel du cours de la pensée, ni d'autre symptôme de la lignée psychotique, ni idées suicidaires. Les spécialistes ont posé les limitations fonctionnelles suivantes : une fatigabilité, une perte de dynamisme, un sentiment d'insuffisance, une faible estime de lui-même, de fréquentes sautes d'humeur et une irritabilité pouvant influencer la capacité de l'assuré à élaborer et concrétiser des projets. Ils n'ont pas attesté d'incapacité de travail mais indiqué que le rendement de l'intéressé était réduit de 100 %.

Dans un rapport à l'OAI du 17 juin 2011, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des troubles statiques importants de la colonne cervicale tout en relevant un contexte psychosocial défavorable. Il a précisé que du point de vue strictement rhumatologique, l'assuré pourrait travailler sans port de charges, sans solliciter ses épaules et en alternant les positions.

Par rapport du 13 octobre 2011 à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la psychologue W._____,

de la consultation de [...], ont indiqué suivre l'assuré depuis le mois de mai 2011. Ils ont posé les mêmes diagnostics que ceux ressortant du rapport du 30 mai 2011 de leurs collègues le Dr Z.____ et la psychologue B.____, en ajoutant que l'assuré avait une intelligence moyenne inférieure (QI à 80). Ces spécialistes ont constaté que l'assuré était un jeune homme paraissant son âge, en surpoids, à la tenue simple, peu soignée, avec une hygiène légèrement négligée. Il était à l'aise dans le contact, calme et collaborant, et se présentait à tous ses rendez-vous en avance. Il n'y avait pas de trouble de la conscience ni de l'orientation. Le focus d'attention était partagé et le discours cohérent, informatif et succinct, parfois allusif. Le langage était peu spontané, nécessitant une incitation et des questions de l'interlocuteur. Il n'y avait pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. La thymie était légèrement abaissée. L'assuré décrivait une image de lui-même négative, des sentiments d'inutilité et d'insuffisance et une tendance à s'isoler. Il présente une diminution du dynamisme et une fatigabilité, ainsi qu'une irritabilité, des accès de colère parfois difficiles à maîtriser et une tension intérieure. Il n'y avait par ailleurs ni troubles du sommeil ou de l'appétit, ni perte d'espoir, ni idées suicidaires. Les spécialistes n'ont encore relevé ni délire, ni troubles des perceptions, ni trouble du moi et enfin pas de troubles alimentaires, de consommation d'alcool ou de substances psycho-actives. S'agissant du pronostic, le Dr R.____ et la psychologue W.____ estimaient que l'évolution pourrait être favorable à condition d'une reprise d'activité tenant compte des restrictions physiques et psychiques en parallèle à la poursuite d'un traitement psychothérapeutique centré sur les difficultés de l'assuré, notamment émotionnelles et relationnelles. En effet, ce dernier montrait progressivement une meilleure reconnaissance de ses difficultés et d'une problématique plus interne à celles-ci, ainsi qu'une capacité de réflexion sur sa situation actuelle. Il avait de plus exprimé le souhait de pouvoir bénéficier d'un suivi psychothérapeutique. Les spécialistes ont indiqué comme limitations fonctionnelles pour l'exercice d'une activité professionnelle des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés relationnelles, une hypersensibilité au stress, une diminution de la capacité de concentration, de planification et d'adaptation aux changements, ainsi qu'un faible niveau d'endurance, une

fatigabilité et un ralentissement. Ils estimaient qu'une étape transitoire à visée d'aide à une réadaptation professionnelle était nécessaire. Ils estimaient qu'à moyen terme, une activité tenant compte des limitations physiques et psychiques dans un cadre structurant et soutenant pourrait être envisagée à 50 % au maximum.

L'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce en la forme d'une orientation professionnelle auprès de [...] entre le 11 janvier et le 29 février 2012 et de participation à un cours de répétition auprès des Routiers suisses du 21 au 22 mai 2012.

Dans un nouveau rapport du 14 mars 2012 à l'OAI, le Dr Y._____ a exposé que depuis son dernier rapport du 18 mai 2011 (lequel avait un contenu similaire à celui du 3 janvier 2011), il y avait une amélioration minimale de l'état lombaire, que s'étaient ajoutées des douleurs fémoro-patellaires et du rachis cervical à la suite d'un accident de la route le 2 mars 2012. Le Dr Y._____ relevait une amélioration grâce au suivi psychiatrique. Il estimait qu'une mesure de réadaptation telle que celle proposée par l'OAI pouvait être envisagée à 20 %. La reprise de l'activité habituelle n'était par contre pas possible. Au plan physique, il a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas de station fixe plus d'une demi-heure (assis ou debout) et au maximum une heure par jour au total. Au plan psychique, l'assuré avait des capacités de concentration, d'adaptation (l'intégration dans une équipe étant impossible) et de résistance limitées (30 minutes d'effort physique au maximum).

L'assuré a par la suite bénéficié d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14 a LAI ; entraînement à l'endurance) auprès de la Fondation [...] [...], à 20 %, du 15 mai au 14 août 2012. En cours de mesure, il a pu augmenter son taux d'activité à 40 % (travail 4 heures par jour 4 x par semaine). Il a ensuite suivi une mesure d'entraînement progressif auprès de cette même fondation du 27 août au 15 novembre 2012, d'abord à 40 % puis à 50 % depuis début octobre 2012. Durant cette mesure, il a essentiellement travaillé comme

chauffeur-livreur. Elle a été prolongée jusqu'au 28 février 2013, à un taux d'activité de 50 %.

Dans un nouveau rapport du 5 décembre 2012 à l'OAI, le Dr R._____ et la psychologue M._____ ont indiqué que depuis le rapport du 13 octobre 2011 et le suivi psychothérapeutique mis en place, l'évolution était favorable, la prise en charge ayant permis à l'assuré de mieux reconnaître ses difficultés émotionnelles et relationnelles et de mieux fonctionner dans son quotidien. Ils ont indiqué que la capacité de travail exigible était de 50 % avec une possible augmentation. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont exposé que d'une façon générale, l'état de santé s'était amélioré mais que la labilité émotionnelle et la survenue de phases dépressives avec fatigabilité pouvaient s'amplifier si la charge de travail était augmentée, ce qui restait à évaluer.

Dans un nouveau rapport à l'OAI du 19 décembre 2012, le Dr Y._____ a indiqué que l'assuré travaillait à 50 % depuis début octobre 2012 auprès de la Fondation [...] mais que ce taux semblait trop élevé par rapport aux douleurs lombaires et aux genoux, de sorte que le médecin estimait nécessaire de le ramener à 40 %, étant précisé que l'activité actuelle était adaptée (chauffeur livreur avec limite de port de charges). Le médecin a précisé les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité d'alterner les positions assises et debout, limitations du port de charge à 8 kg, de la capacité de concentration à 1 heure, de l'effort physique à 30 minutes et limitation de la résistance.

Dans un rapport du 8 janvier 2013, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a notamment écrit avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr Y._____ le même jour et que celui-ci estimait que la capacité de travail pourrait être supérieure à 50 % si son patient n'avait pas de charges à porter. Il précisait que l'obésité aggravait les douleurs de l'appareil locomoteur. Le Dr D._____ indiquait qu'un examen rhumatologique au SMR apparaissait nécessaire afin de fixer

clairement les limitations fonctionnelles et l'exigibilité au plan somatique. Les éléments psychiatriques étaient quant à eux suffisamment clairs.

La mesure d'entraînement progressif auprès de la Fondation [...] a été prolongée jusqu'au 31 mars 2013, avec un taux de présence de 50 %, les livraisons étant effectuées avec limitation du port de charge. Elle a de nouveau été prolongée jusqu'au 30 avril, l'assuré devant travailler à 50 % et en plus participer un après-midi par semaine à un atelier « emploi ».

L'assuré a ensuite participé à une nouvelle mesure de réinsertion professionnelle consistant en un « travail de transition » auprès des Ateliers [...] de la Fondation [...], du 1^{er} mai au 31 juillet 2013.

Dans un rapport du 11 juillet 2013, [...], moniteur aux Atelier [...], a exposé que le moral de l'assuré était fluctuant. Il était tantôt enthousiaste et tantôt déprimé. Il ne croyait pas en sa réinsertion ou idéalisait celle-ci en se focalisant sur le métier de chauffeur poids lourds. Il avait toujours un grand besoin de reconnaissance et d'avoir une occupation. Le moniteur relevait toutefois que ses douleurs persistantes ne lui permettaient pas d'assumer un travail à 50 % et que la cible de chauffeur poids lourds semblait difficilement atteignable.

Un examen clinique rhumatologique de l'assuré a été effectué le 16 juillet 2013 au SMR par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 22 juillet 2013, le Dr F._____ a posé les diagnostics, ayant une influence sur la capacité de travail de l'intéressé, de limitations et douleurs de l'épaule droite dans le cadre d'un status après périarthrite scapulo-humérale avec discrète tendinopathie distale du tendon du sus-épineux, arthrose acromio-claviculaire droite modérée et status après probable déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire (M 75) ; de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et discrets troubles dégénératifs du rachis dorso-lombaire avec séquelles de maladie de Scheuermann (M 54) ; de chondropathie rotulienne gauche avec lésion de

grade I à II de la corne postérieure du ménisque interne (M 17). Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, le médecin a indiqué qu'il y avait une obésité avec un IMC à 39 (taille : 178 cm, poids : 124 kg), un status après traumatisme crânio-cérébral et hémiplégie gauche, un discret tremor des mains, une suspicion de tunnel carpien bilatéral et une hernie hiatale. Dans l'appréciation du cas, le Dr F. _____ a précisé que les douleurs lombaires existaient depuis longtemps, mais qu'elles étaient devenues plus aiguës depuis 2 à 3 ans. Les douleurs à l'épaule droite étaient apparues en 2010 à la suite d'un craquement. La position assise était limitée à 30 minutes en raison des lombalgies et la position debout et le périmètre de marche à 15 minutes par les douleurs à la hanche droite. L'assuré avait des réveils nocturnes et des difficultés d'endormissement en raison des douleurs cervicales, lombaires et à la hanche droite. Le Dr F. _____ a posé les limitations fonctionnelles suivantes :

« Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de long trajet en voiture ou en camionnette.

Membres inférieurs : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement d'escabeau ou échelle. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout ou de marche de plus d'un quart d'heure.

Membre supérieur droit : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur D ».

Le Dr F. _____ a ajouté que dans l'activité de chauffeur-livreur et de manutentionnaire, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis octobre 2010, mais que dans une activité de chauffeur-livreur et de magasinier ne levant pas de charges de plus de 5-6 kg, sa capacité de travail était de 40 % depuis octobre 2010. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles dues à la pathologie ostéoarticulaire, sa capacité de travail était complète depuis octobre 2010, sans tenir compte des problèmes psychologiques.

Dans un rapport de synthèse SMR du 14 août 2013, le Dr [...] a pris acte des diagnostics et limitations fonctionnelles physiques retenus

par le Dr F._____. Il a également pris acte du trouble dépressif récurrent épisode actuel léger ainsi que d'un trouble de la personnalité non spécifié mis en évidence par les psychiatres de la consultation psychiatrique de [...] et ajouté que c'étaient les atteintes psychiatriques, chez un assuré avec un QI à 80, qui limitaient sa capacité de travail à 50 % dans toute activité. Comme limitations fonctionnelles psychiques, le Dr [...] a retenu une fatigabilité, des sautes d'humeur et un sentiment d'insuffisance.

L'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'aide au placement (communication du 9 septembre 2013).

Par décisions des 11 février et 25 mars 2014 confirmant un projet du 23 octobre 2013, l'OAI a alloué une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} octobre 2011, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, jusqu'au 31 mai 2013, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Dès le 1^{er} juin 2013, le droit à une demi-rente d'invalidité lui a été reconnu. Ces décisions sont entrées en force. A titre de revenu d'invalidé déterminant, l'OAI a pris en compte le revenu statistique auquel pouvaient prétendre, en 2010, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires.

B. Par courriel du 22 novembre 2021, C._____ a demandé à l'OAI de procéder à la révision de son dossier, en indiquant qu'il avait été hospitalisé le 23 juillet 2021 pour des douleurs paralysantes au dos et qu'il était depuis lors en incapacité totale de travail. Il a produit à cet égard un certificat médical établi le 3 août 2021 par le Dr [...], médecin assistant auprès d'Unisanté à Lausanne, attestant une incapacité de travail de 100 % du 24 juillet au 29 août 2021, ainsi que deux certificats médicaux des 3 septembre et 25 octobre 2021 du Dr Y._____ attestant une incapacité de travail de 100 % du 30 août au 31 décembre 2021.

Dans un courrier du 23 novembre 2021, l'OAI a répondu à l'assuré qu'il considérait son courriel comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA et qu'il lui appartenait de rendre plausible une

modification de son taux d'invalidité. Un délai de 30 jours lui était imparti pour produire un rapport médical détaillé à cet égard ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Le Dr Y._____ a dès lors envoyé un rapport médical à l'OAI le 7 décembre 2021, dans lequel il a exposé avoir assisté à une aggravation progressive de l'état de santé de son patient, laquelle était constatée objectivement à partir du 14 septembre 2020 et conduisait actuellement à une incapacité totale et permanente de travail. Il y avait une exacerbation des douleurs (cervicalgies, gonalgies et lombalgies) objectivée par l'augmentation du traitement antalgique et une diminution de son efficacité. Il y avait aussi une prise de poids, avec un IMC à 45,9 qui entraînait des limitations fonctionnelles plus importantes pour la mobilité et l'utilisation des membres inférieurs et supérieurs. Une dyspnée d'effort était de plus apparue. Les douleurs se manifestaient après 20 minutes en station assise et après moins de 10 minutes en station debout. Le périmètre de marche était limité à moins de 100 mètres en raison de la dyspnée et des douleurs. L'état dépressif asthéniant persistait et les troubles de l'humeur avec de l'agressivité et de la colère étaient exacerbés. La capacité de travail pouvait donc être considérée comme de 0 % dès le 14 septembre 2020. Le Dr Y._____ estimait que tout espoir de rémission était quasi inexistant.

Par avis SMR du 4 mai 2022, la Dre J._____, médecin praticien, a indiqué qu'il n'y avait pas d'information médicale convaincante et objective (pas de nouvelle limitation fonctionnelle, pas de nouvelle atteinte) permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Dans un projet de décision du 23 juin 2022, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de son état de santé physique et psychique.

L'assuré a formulé des observations à l'encontre de ce projet de décision, par courriel du 4 juillet 2022. Il a fait valoir qu'il était en arrêt

de travail depuis le 24 juillet 2021 en raison de fortes douleurs au niveau du dos, résistantes aux anti-inflammatoires, que ces douleurs s'étaient amplifiées par rapport à sa précédente demande de rente, qu'il devait rester allongé la plupart du temps et qu'il devait se déplacer avec une canne, ce qui n'était pas le cas auparavant, et qu'il se fatiguait très vite. Il a ajouté qu'il était devenu très obèse et qu'il souffrait également psychologiquement.

A la demande de l'OAI, l'assuré a produit le 2 août 2022 une décision du 13 août 2014 rendue par la Justice de Paix du district de [...] levant la curatelle introduite en sa faveur le 13 octobre 2010. L'assuré a encore produit des certificats d'incapacité de travail de 100 % rédigés par le Dr Y._____ pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2022, ainsi qu'un certificat médical du 20 juillet 2022 de ce médecin retenant une incapacité de travail de 100 % depuis le 24 juillet 2021 et que cette incapacité paraissait permanente dans tous les domaines d'activité.

Par décision du 21 novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 juin 2022.

C. Par acte du 27 décembre 2022, C._____, par son avocat, Me Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision du 21 novembre 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, principalement, à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2021 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à la révision de sa rente d'invalidité. Le recourant fait valoir qu'il a fourni, avec sa demande de révision, suffisamment d'éléments nouveaux mettant en évidence une aggravation invalidante de son état de santé. Il ajoute que l'OAI aurait dû à tout le moins interpeler le Dr Y._____ avant de rendre sa décision, ou mettre en œuvre une expertise. Il en conclut que la cause est insuffisamment instruite.

Dans sa réponse du 7 mars 2023, l'OAI a maintenu sa décision, tout en faisant valoir qu'il n'aurait pas dû entrer en matière sur la demande de révision du recourant.

Par réplique du 31 mars 2023, le recourant fait valoir que l'aggravation de son état de santé ressort du rapport du Dr Y. _____ du 7 décembre 2021. Il produit en outre un rapport du 23 novembre 2021 de la Dre S. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et du Dr [...], médecin assistant, auprès l'Hôpital orthopédique du CHUV, duquel il ressort qu'il a consulté ce service pour des lombalgies aiguës le 3 août 2021.

Dans sa duplique du 18 avril 2023, l'OAI s'en remet à sa décision tout en précisant avoir transmis le rapport du CHUV au SMR pour examen et se rallier à l'avis de ce service, qu'il produit. Dans cet avis du 11 avril 2023, la Dre [...] expose que le rapport de la Dre S. _____ n'apporte pas de nouvel élément susceptible de modifier sa position, relevant que le bilan radiologique est rassurant et l'examen clinique globalement superposable à celui de 2013, voire en amélioration. Elle ajoute qu'il n'y a pas d'explication pour l'incapacité de travail totale attestée par le Dr Y. _____.

Dans ses déterminations des 19 avril et 2 mai 2023, le recourant maintient ses conclusions en se référant à un nouveau rapport du Dr Y. _____ du 3 avril 2023, qu'il produit. Ce rapport fait état d'une aggravation des douleurs scapulo-cervicales, lombaires, des chevilles et des gonalgies (avec augmentation du traitement antalgiques et diminution de l'efficacité de ce dernier) et d'une aggravation d'une dyspnée d'effort. Au plan psychiatrique, il y est relevé une augmentation de l'asthénie constante et une exacerbation des troubles de l'humeur. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin note une diminution du périmètre de marche à environ 100 mètres, avec nécessité de pauses, absente auparavant et utilisation d'une canne, une diminution de la capacité d'endurance sur un poste donné, avec limitation de la position debout à 10 minutes et de la position assise à 20 minutes, ainsi que des troubles de la

concentration et de l'humeur entravant la possibilité d'interactions sociales. Selon le Dr Y._____, le recourant n'a aucune capacité de travail.

Par courrier du 4 mai 2023, l'OAI confirme ses conclusions, se référant à un nouvel avis SMR du 2 mai 2023 rédigé par la Dre J._____, qu'il produit, selon lequel le nouveau rapport du Dr Y._____ ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé intervenue avant la décision. La Dre J._____ relève notamment que la nécessité de changement de positions avec la marche limitée à 15 minutes a déjà été admise lors de la 1^{ère} demande et que la dyspnée n'est pas démontrée objectivement par le médecin traitant.

Dans ses déterminations du 24 mai 2023, le recourant maintient ses conclusions, ajoutant qu'il est suivi par un nouveau psychiatre depuis peu de temps et qu'il produira un rapport à cet égard, tout en relevant que l'aggravation de son état psychique avait déjà été attestée par le Dr Y._____.

Le 17 novembre 2023, le recourant produit un rapport du 13 novembre 2023 de la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouvelle psychiatre traitante. Celle-ci indique suivre le recourant depuis le 8 mai 2023, sur conseil du Dr Y._____. Elle pose les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.1), de trouble mixte de la personnalité, de type anxieux et dépendant (F61), de maltraitance dans l'enfance (Z61.3). Elle note une intelligence limitée et un status post traumatisme crânio-cérébral à l'âge de 9 ans, ainsi que des difficultés scolaires, d'apprentissage et d'insertion professionnelle. Elle fait état d'une aggravation de la souffrance psychique en lien avec la détérioration de la santé physique (prise de poids importante et augmentation des douleurs dorso-lombaires, des douleurs aux genoux et à l'épaule, avec des difficultés à se mobiliser et à la marche) depuis 2021. Elle relève la présence de fatigue, de moments d'effondrement, d'inquiétudes face à l'avenir. Un vécu négatif, dépressif et

dépréciatif s'est renforcé en lien avec la limitation des compétences et des capacités de l'assuré. Il se sent en colère et a le sentiment d'être poussé à bout. La Dr V._____ estime que la capacité de travail de l'intéressé est nulle dans toute activité.

Dans ses déterminations du 28 novembre 2023, l'OAI confirme à nouveau ses conclusions en se référant à un nouvel avis de la Dre J._____ du 27 novembre 2023, selon laquelle la Dre V._____ ne pose pas de nouveau diagnostic, ni de nouvelles limitations fonctionnelles psychiatriques depuis 2013, de sorte qu'aucune aggravation de l'état de santé psychique ne peut être retenues sur la base de ce rapport.

Dans d'ultimes déterminations du 15 décembre 2023, le recourant confirme 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 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 la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité que perçoit le

recourant depuis le 1^{er} juin 2013, singulièrement a nié une aggravation de son état de santé.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI, d'après lequel si la capacité de gain de l'assuré s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2). Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

c) En l'occurrence, le recourant se prévaut d'une aggravation de son état de santé physique depuis le 24 juillet 2021, de sorte que ce changement serait déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations trois mois plus tard, soit en octobre 2021 (cf. art. 88a RAI). C'est donc le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'applique.

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).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Une augmentation notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une aggravation de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

D'après l'art. 87 al. 2 LAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment 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). Si l'aggravation n'est pas rendue plausible par l'assuré, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_537/2008 du 10 juin 2009 consid. 2).

d) 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).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux

mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

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 asséculo-logique. 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).

f) Selon la jurisprudence, si l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, celle-ci doit toutefois être admise, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 ; voir également 9C_658/2020 du 5 février 2021, consid. 4.2).

g) 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 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

aa) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

bb) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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 et des symptômes 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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. 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 mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Selon la jurisprudence en effet, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Cependant, la jurisprudence a déjà souligné l'importance que revêtaient les évaluations médicales pour apprécier les situations dans lesquelles des facteurs externes à l'invalidité

apparaissent au premier plan et imprégnent l'anamnèse : dans ces situations, il appartient aux médecins de préciser si l'atteinte à la santé diagnostiquée a toujours valeur de maladie ou si celle-ci passe au second plan par rapport auxdits facteurs externes (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

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. 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. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. 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. 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 (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

h) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

4. Dans un premier grief, l'OAI fait valoir qu'il n'aurait pas dû entrer en matière sur la demande de révision, soutenant ainsi implicitement que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

En l'occurrence, l'OAI a remis le rapport du 7 décembre 2021 du Dr Y. _____ à la Dre J. _____ du SMR, laquelle a estimé, dans son avis médical du 4 mai 2022, que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé puisque lors de l'examen clinique de 2013, il présentait déjà une obésité, une dyspnée d'effort et que les limitations fonctionnelles aux plans physique et psychique avaient déjà été admises. Sur cette base, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité du recourant faute d'aggravation au plan médical. Vu ces éléments, l'office est entré en matière sur la demande de révision du recourant, à juste titre d'ailleurs (cf. ci-dessous). Il n'y a donc pas lieu d'examiner plus en détail la question de l'entrée en matière. Il appartenait ainsi à l'OAI d'instruire la cause d'office (cf. art. 43 LPG) et de déterminer si la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré s'était effectivement produite. Il y a donc lieu d'examiner si l'OAI a procédé de la sorte.

5. a) Au plan physique, dans son rapport du 7 décembre 2021, le Dr Y. _____ a mis en évidence une augmentation des douleurs de l'assuré (cervicalgies, gonalgies et lombalgies) qui est objectivée par une augmentation du traitement antalgique et une diminution de son efficacité. Il a ajouté qu'il y avait une prise de poids, avec un poids de 147 kg et un BMI de 45,9 au moment du rapport, entraînant des limitations fonctionnelles plus importantes qu'auparavant pour la mobilité et l'utilisation des membres supérieurs et inférieurs. Le Dr Y. _____ a

également noté l'apparition d'une dyspnée d'effort et précisé que la prise de poids, l'augmentation des douleurs et la dyspnée entraînaient des limitations fonctionnelles plus importantes. Vu ces éléments, l'appréciation de la Dre J._____, dans l'avis SMR du 4 mai 2022, selon laquelle il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé (cf. ci-dessus) ne sont pas convaincantes. Il y a clairement une aggravation de l'obésité par rapport la première décision puisque lors de l'examen clinique réalisé le 16 juillet 2013 par le Dr F._____, le poids de l'assuré était de 124 kg et l'IMC de 39. Comme cela ressort du rapport du 7 décembre 2021 du Dr Y._____, l'aggravation de l'obésité a un effet sur l'état de santé du recourant puisqu'elle entraîne une augmentation de ses douleurs articulaires et engendre des limitations fonctionnelles plus importantes. On ne saurait donc faire abstraction de cette problématique. L'aggravation des limitations fonctionnelles ressort également du dossier, en particulier de la comparaison de celles mises en évidence par le Dr F._____ avec celles relevées par le Dr Y._____ dans leur rapports respectifs de 2013 et 2021 : dans le premier cas, le Dr F._____ indiquait que la position assise était limitée à 30 minutes et la position debout ainsi que le périmètre de marche à 15 minutes, alors qu'en 2021, le Dr Y._____ notait que les douleurs de l'assuré se manifestaient en station assise après 20 minutes et en station debout après moins de 10 minutes et que le périmètre de marche était limité à 100 mètres. Quant à la dyspnée à l'effort, elle existait certes déjà à l'époque du rapport du Dr F._____ (cf. p. 3 de ce rapport), mais il n'apparaît pas exclu qu'elle se soit aggravée en 2021, vu la prise de poids et la réduction du périmètre de marche (cf. rapport du Dr Y._____ du 3 avril 2023, sous question 7).

Les autres rapports du dossier ne permettent pas de retenir l'absence d'une aggravation de l'état de santé au plan somatique.

En particulier, il ressort du rapport du 23 novembre 2021 de l'Hôpital orthopédique du CHUV que l'assuré a consulté ce service le 3 août 2021 pour des lombalgies aiguës avec, en L4-S1, une surcharge facettaire postérieure, une micro-élongation du disque et une contracture de la musculature paravertébrale. Il en ressort également qu'il utilise une

canne pour se déplacer. Les médecins de cet hôpital ont prescrit notamment un arrêt de travail durant trois semaines. Ils ne se prononcent en revanche pas sur les limitations fonctionnelles de l'intéressé ni sur sa capacité de travail à moyen et long terme. Si la Dre J. _____ relève, dans le nouvel avis SMR du 11 avril 2023, que l'examen clinique réalisé par ces médecins est globalement superposable à celui réalisé par le Dr F. _____ en 2013, il n'en demeure pas moins qu'elle n'explique pas de manière convaincante en quoi les éléments mis en évidence par le Dr Y. _____, en particulier l'augmentation de la charge pondérale, corrélée à l'augmentation des douleurs, des limitations fonctionnelles et potentiellement de la dyspnée d'effort, ne permettent pas de retenir que l'état de santé de l'intéressé s'est aggravé de manière à influencer sa capacité de travail.

Quant au nouveau rapport du Dr Y. _____ du 3 avril 2023, il confirme la teneur de son rapport du 7 décembre 2021.

Cela étant, le Dr Y. _____, qui retient une incapacité de travail de 100 %, motive cette aggravation également pour des motifs psychiatriques, c'est-à-dire un état dépressif asthéniant persistant et une exacerbation des troubles de l'humeur. Il ne précise cependant pas quelle est l'ampleur de l'incapacité de travail liée à l'atteinte à la santé physique, respectivement psychique, procédant bien plutôt à une évaluation globale. Or, dans la mesure où l'état de santé psychique du recourant et son influence sur sa capacité de travail ne sont pas clairement établis (voir ci-dessous let. b), et que la question de l'aggravation d'une dyspnée à l'effort demeure ouverte, il y a lieu de compléter l'instruction au plan somatique.

b) Au plan psychiatrique, la Dre V. _____ a indiqué, dans son rapport du 13 novembre 2023, que l'état de santé psychique de l'assuré s'est détérioré depuis l'été 2021, parallèlement à la dégradation de sa santé physique. Elle a en effet notamment relevé qu'il présentait une souffrance liée à ses douleurs et limitations, une importante fatigue, des moments d'effondrement et des inquiétudes face à l'avenir. Par ailleurs, la

Dre V._____ a notamment retenu les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) et un trouble mixte de la personnalité, de type anxieux et dépendant (F61). Ceux-ci sont plus spécifiques que ceux retenus par le Dr R._____ dans ses rapports des 30 mai et 13 octobre 2011 (qui avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques □F33.00□ et un trouble de la personnalité non spécifié □F60.9□).

Une aggravation apparaît donc vraisemblable depuis la situation qui prévalait lors des décisions d'octroi de rente des 11 février et 25 mars 2014, à l'aune du rapport de la Dre V._____. Cette aggravation est d'ailleurs corroborée par les rapports du Dr Y._____ des 7 décembre 2021 et 3 avril 2023 qui a mis en évidence un état dépressif asthéniant persistant et une exacerbation des troubles de l'humeur.

Cela étant, la Dre V._____, qui retient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité, la motive pour partie par des éléments psychosociaux, telle une marginalisation sociale, personnelle et professionnelle, qui ne sont en tant que tels pas du ressort de l'assurance-invalidité (cf. ci-dessus consid. 3 g). Il y a donc lieu de compléter l'instruction au plan psychiatrique également, en procédant à une évaluation selon la procédure probatoire structurée applicable aux affections d'ordre psychiatrique (cf. ci-dessus consid. 3 g).

c) Dès lors, la cause est renvoyée à l'OAI, auquel il revient au premier chef d'instruire, pour qu'il mette en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPG. Celle-ci comportera à tout le moins un volet psychiatrique, orthopédique et de médecine interne aux fins d'une évaluation consensuelle de la capacité de travail du recourant, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

6. a) Vu ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud qui succombe.

c) Le recourant, qui est assisté par un mandataire professionnel, a le droit à une indemnité de dépens qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr. vu l'importance de la cause (cf. art. 61 let. g LPGA) et de mettre à la charge de l'OAI, vu l'issue du litige (cf. art. 55 al. 1 et 2 LPA-VD). L'indemnité de dépens couvrant le montant qui serait dû à Me Duc au titre de l'indemnité du conseil juridique commis d'office, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément cette dernière (cf. art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] et art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 21 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, par 600 (six cents) francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'000 (deux mille) francs à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour C._____),
- 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 :

