

VD_GERICHTE ZD14.047953 vom 11. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.047953

FR: VD_GERICHTE ZD14.047953 du 11 août 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.047953 del 11 agosto 2015

Erwägungen

E. 12

juin 2007, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles avaient été établies par le SMR de manière probante. Cette décision est entrée en force. B. Le 12 mars 2012, I. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI. A l'appui de sa demande, il a produit les deux rapports médicaux suivants : - Un rapport du 13 juillet 2011 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, faisant état des éléments suivants : « Le docteur soussigné certifie que Monsieur I. _____ présente actuellement une aggravation des lombosciatalgies qui sont devenues invalidantes, avec des douleurs dans les mouvements de flexion/extension lombaire et les inclinaisons. Les douleurs sont exacerbées par la marche et les tâches ménagères. La position assise prolongée est aussi insupportable. Le patient est suivi par le L. _____ à [...]. Après un traitement médicamenteux à la Morphine qui est resté sans effet, il a bénéficié d'une infiltration périurale au hiatus sacré le 1er février 2011 et d'une infiltration sacro-iliaque bilatérale le 06.04.2011 qui n'ont pas apporté d'amélioration notable. Le traitement au Rivotril 0,5 mg le soir a été introduit le 12.05.2011, associé au Tramal mais le résultat reste décevant. A la suite d'un problème de couple, la situation s'est aggravée. Les douleurs se sont amplifiées et sont devenues invalidantes. L'incapacité de travail est devenue totale. Une nouvelle demande AI est suggérée en vue d'une réinsertion professionnelle ».

- 5 - - Un rapport du 19 octobre 2011 à l'OAI du Dr R. _____, spécialiste en anesthésiologie à la Clinique d'évaluation et traitement de la douleur à l'hôpital L. _____, lequel indiquait que les douleurs de l'assuré étaient devenues extrêmement invalidantes dans un contexte de situation psycho familiale difficile, pour laquelle il bénéficiait d'un soutien au centre de psychothérapie d' [...]. Selon le Dr R. _____, si les infiltrations sacro-iliaques et périurales avaient permis une amélioration seulement partielle de la symptomatologie, le patient était dans une situation d'incapacité de travail totale. Ce dernier restait cependant motivé pour tenter une reconversion professionnelle, ce que le médecin appuyait. L'OAI a soumis le cas de l'assuré pour appréciation à son SMR. Dans un avis médical du 5 avril 2012, le Dr W. _____ a retenu ce qui suit : « A l'appui de sa 2ème demande, il produit un rapport du Dr S. _____ (13.07.2011) et un rapport du Dr R. _____ (19.10.2011). Ces deux rapports font état d'une augmentation des douleurs (élément subjectif), sans élément médical objectif d'aggravation. Les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr S. _____ sont déjà celles retenues par le rhumatologue qui a examiné l'assuré au SMR (voir rapport d'examen clinique du 14.10.2008). Les médecins proposent tous les deux une réinsertion professionnelle. En l'absence de fait nouveau sur le plan médical objectif, l'exigibilité médicale reste de 50%

dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précédemment définies ». Dans un certificat médical du 29 mars 2012, le Dr S. _____ a certifié que l'assuré présentait – en sus des lombalgies chroniques invalidantes, dont les douleurs étaient au premier plan, limitaient le rayon de marche, la position assise et debout prolongée et rendaient impossibles les mouvements de flexion-extension et l'inclinaison du tronc – des troubles de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive. Le médecin en concluait que l'incapacité de travail était complète et qu'aucune activité professionnelle, même adaptée, n'était possible.

- 6 - Selon une note de suivi du 3 décembre 2012 du service de réadaptation de l'OAI (ci-après : la REA), des mesures de réadaptation ne semblaient pas possible en l'état. Dans une deuxième note de suivi du 28 février 2013, la REA proposait de soumettre à nouveau le dossier de l'assuré au SMR afin de réactualiser les données médicales. Dans un rapport du 19 avril 2013 à l'OAI, le Dr S. _____ a fait état des éléments suivants : « Je viens de voir Monsieur I. _____ après dix mois d'absence. La symptomatologie lombaire s'est nettement péjorée depuis, avec des douleurs subaiguës invalidantes, empêchant le patient d'effectuer les mouvements les plus élémentaires, comme se lever seul de son lit ou se mettre debout ou de marcher sans appui. Les AVQ [activités de la vie quotidienne] se font avec aide et la conduite automobile est impossible. Aussi, le patient a dû déménager chez son amie qui a fait des travaux d'aménagement pour faciliter sa mobilité. Par ailleurs, la situation psychopathologique s'est dégradée avec aggravation du trouble dépressif, aboutissant à un épisode actuel sévère. Des rendez-vous sont agendés avec le Dr R. _____ (spécialiste de la douleur à l'Hôpital L. _____) et le Dr F. _____ (psychiatre au X. _____ à [...]). Le cas de Monsieur I. _____ nécessite la réouverture de son dossier AI car il est inapte à exercer une activité professionnelle, même adaptée, à un taux de 100% ». Dans un rapport du 23 avril 2013, le Dr R. _____ a informé le Dr S. _____ de ce qui suit : « J'ai revu le patient susmentionné à la clinique de la douleur, le 23 avril 2013. Depuis une année, l'évolution est très régressive avec des douleurs qui s'intensifient massivement. Le patient actuellement, ne conduit plus et ne fait plus aucune activité physique. Les tentatives de physiothérapie passives par massage ont également été des échecs. Le patient est actuellement pris en charge par son amie qui a modifié l'appartement en fonction des risques de chute. Devant cette régression extrême, on ne peut que redouter des complications ultérieures de types douleurs articulaires multiples et atrophie musculaire. J'ai donc indiqué au patient, la nécessité de reprendre la physiothérapie active, de reprendre une activité physique et je lui ai indiqué la probabilité que ces douleurs diminuent spontanément. Je n'ai pas demandé de nouvel examen radiologique, mais une nouvelle IRM [imagerie par résonance magnétique] pourrait, éventuellement être envisagée. Par ailleurs, je pense qu'un suivi sur le plan psychiatrique serait absolument indiqué ».

- 7 - Au vu de ces éléments, le Dr D. _____, médecin au SMR, a retenu, dans un avis médical du 29 avril 2013, que le fait médical nouveau à considérer était le trouble dépressif. Afin d'actualiser le status clinique de l'assuré au plan somatique et psychiatrique, et de connaître sa capacité de travail résiduelle, il demandait un rapport médical complet de la part du Dr R. _____ et du médecin psychiatre. Le 16 mai 2013, l'OAI a adressé au X. _____ à [...], se référant au « Dr F. _____ », un questionnaire à compléter sur la situation médicale du recourant et a demandé la production d'éventuels autres documents tel qu'un consilium ou un avis de sortie de séjour. Par courrier du 22 mai 2013, le Dr F. _____, Chef de clinique à la Polyclinique psychiatrique T. _____, a informé l'OAI

que l'assuré n'était plus suivi à la polyclinique du X. _____ depuis juillet 2012. En réponse à une demande d'information de l'OAI, le 30 mai 2013, l'assuré a indiqué ne pas être suivi par un médecin psychiatre. Par courrier du 18 juillet 2013 à l'OAI, l'assuré a fait part de son besoin d'obtenir une réponse de l'assurance-invalidité et de son besoin d'aide. Il indiquait s'être rendu trois fois auprès du secteur de la thérapie contre les douleurs de l'V. _____ de [...], mais que les médecins consultés ne pouvaient plus rien faire pour lui. Sur proposition du Dr S. _____, il était à la recherche d'un psychiatre afin d'apprendre à gérer ses douleurs. Dans un rapport du 28 juillet 2013, le Dr R. _____ a retenu le diagnostic de « failed back surgery syndrome » et a constaté des douleurs chroniques dont l'évolution était imprévisible, vraisemblablement non positive. Au titre des restrictions sur le plan professionnel, il faisait état d'une fatigabilité en raison des douleurs ainsi que d'une fragilité psychique.

- 8 - Dans un avis médical du 5 septembre 2013, le Dr D. _____ a proposé la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique au SMR, en faisant part des constatations suivantes : « Une nouvelle demande est alors produite en date du 12 mars 2012, appuyée par un rapport médical du Dr S. _____ (13.07.2011) et un autre du Dr R. _____ (19.10.2011). Ces deux médecins font état d'une aggravation subjective des douleurs sans autre élément médical objectif permettant de retenir l'aggravation. Ces rapports ne s'écartent pas des conclusions du rapport d'examen SMR d'octobre 2008 et la position d'une exigibilité de 50% est donc maintenue par le SMR (cf avis du 5 avril 2012). Une nouvelle attestation médicale pour aggravation du 29 mars 2012 du Dr S. _____ nous est adressée. En plus des lombalgies chroniques invalidantes le médecin traitant mentionne un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Une lettre du Dr S. _____ nous est envoyée le 19 avril 2013 qui fait à nouveau état d'une péjoration des douleurs avec une notion d'impotence pour les actes ordinaires de la vie quotidienne et l'impossibilité de conduire une voiture. Un suivi par le centre anti douleur (Dr R. _____) nous est signalé. Une aggravation du trouble dépressif est aussi mentionnée sans référence à un rapport psychiatrique mais avec la notion d'un rendez vous chez un psychiatre à venir (Dr F. _____). Le médecin traitant conclut à une IT [incapacité de travail] de 100% dans toute activité. A ce stade du dossier le fait médical nouveau à considérer est le trouble dépressif pour lequel nous avons interrogé le Dr F. _____ à [...] qui nous répond ne plus suivre cet assuré. D'après les courriers de l'assuré il n'existe actuellement pas de suivi psychiatrique. Devant ce dossier long et complexe et ne disposant pas des informations médicales objectives nécessaires (aucun rapport de psychiatrie ne figure au dossier et pas d'avis rhumatologique depuis 2008) pour statuer nous demandons : un examen bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique au SMR afin d'actualiser le status clinique actuel de l'assuré au plan rhumatologique par rapport à l'examen de 2008 et de connaître sa situation psychiatrique afin de déterminer une capacité de travail résiduelle si elle existe. La notion d'impotence évoquée par le médecin traitant sera elle aussi à explorer par une enquête ». Dans un certificat médical du 11 octobre 2013, le Dr S. _____ a attesté que l'état de santé de l'assuré entraînait une incapacité de travail de 100% et permanente dans tous les domaines d'activité.

- 9 - Au vu de l'avis de son SMR, l'OAI a mandaté les Drs C. _____, spécialiste en rhumatologie, et Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Le 2 février 2014, le Dr C. _____ a procédé à l'examen clinique de l'assuré et a effectué des radiographies de sa colonne cervicale, de sa

colonne lombaire et de son genou gauche. Dans son rapport d'expertise du 10 février 2014, le Dr C. _____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombopygalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une discopathie L4-L5 et L5-S1 modérée, un status post hémilaminectomie L4-L5 en 2005 et un status post stabilisation par Dynesis en L4-L5-S1 en 2006. Les diagnostics notamment de gonalgies bilatérales sans signes méniscaux et de cervico-brachialgies récurrentes étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, le médecin relevait ce qui suit : « Nous sommes confrontés à un assuré de 42 ans, marié, en instance de divorce, père de filles de 14 et de 20 ans, vivant actuellement en concubinage, sans formation professionnelle mais ayant travaillé comme chauffeur poids lourd jusqu'en 2001 puis ouvrier dans une J. _____ jusqu'en 2006, date de son arrêt de travail de longue durée. Du point de vue médical, il est connu pour les antécédents décrits au point 4.2 et dès 1980, il signale des douleurs lombaires basses, qui se sont aggravées et cristallisées depuis 2005, sans facteur traumatique déclenchant. Il a subi une hémilaminectomie L4-L5 avec nucléotomie, foraminotomie et arthrectomie partielle pour protusion discale en 2005, puis une stabilisation souple L4-L5, L5-S1 par Dynesis. L'évolution est caractérisée malgré ces deux opérations, par la persistance et la cristallisation des douleurs lombaires basses, irradiant dans le MIG [membre inférieur gauche]. Au status de ce jour, on note la présence d'un syndrome lombo- vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'hyposensibilité du MIG ne correspond à aucun dermatome. A noter qu'il n'y a pas de signe de non organicité selon Waddell ni de douleur insertionnelle. Du point de vue para-clinique, le bilan radiologique met en évidence un status post stabilisation souple L4-L5, L5-S1, les discopathies sous-jacentes sont restées inchangées par rapport au bilan de 2006, il n'y a pas de signe de décellement. La RX [radiographie] de la colonne cervicale est dans les normes. Il n'y a pas de trouble dégénératif ou statique significatif. La RX du genou est également dans les normes. A noter qu'il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire.

- 10 - Du point de vue thérapeutique, concernant le rachis lombaire, l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge en piscine, avec mobilisation douce, progressive, active et passive, et tonification des haubans para-vertébraux. Du point de vue médicamenteux, la poursuite d'une médication d'AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] et antalgique est de mise. L'utilisation d'une ceinture lombaire, surtout lors des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier est également à conseiller. Du point de vue de son exigibilité, concernant le problème rhumatologique, au vu du status post opératoire et de la chronicisation de la symptomatologie douloureuse sous-jacente, sa capacité de travail dans son ancienne activité de chauffeur poids lourd et de machiniste est estimée à 0%. Dans une activité adaptée, médico-théoriquement, en évitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 kg, et les positions debout ou assis immobile prolongée de plus d'une demi-heure, sa capacité de travail est estimée à 50%. Le socle somatique reste inchangé par rapport à l'appréciation rhumatologique de 2008. Cette appréciation s'apparente à celle du Dr Z. _____, K. _____, B. _____ et N. _____ [respectivement spécialiste en anesthésiologie et spécialiste en rhumatologie au V. _____] mais se différencie partiellement de celle du Dr R. _____. Il n'y a pas de déconditionnement significatif, l'assuré peut rester assis durant l'entretien sans opter de position antalgique, il est capable de descendre deux étages d'escaliers. Il n'y a pas de trouble sensitivo- moteur, le bilan radiologique ne s'est pas péjoré de manière significative. Le status post opératoire ne présente pas de complication. Fort est donc de constater, dès

lors, la discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques de ce jour. Le bilan radiologique ne s'est pas péjoré de manière significative. Seules les douleurs, facteurs subjectifs et propres à chaque individu restent cristallisées autour de la région lombaire. Celle-ci est probablement à corrélérer avec le contexte socio-familio-économique de l'assuré ». En réponse aux questions de l'OAI, le Dr C._____ indiquait, au titre des limitations fonctionnelles, les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et les positions assise ou debout immobile prolongées. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré était inexistante dans ses anciennes activités de chauffeur poids lourd et de machiniste, tandis qu'elle était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement. Le Dr C._____ arrivait à la conclusion que, depuis 2006, il n'y avait pas de raison rhumatologique propre à justifier une péjoration de la situation.

- 11 - Le 13 mars 2014, le Dr Q._____ a procédé à l'expertise psychiatrique de l'assuré et effectué des tests psychométriques. Dans son rapport d'expertise du 21 août 2014, le médecin n'a pas retenu de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale ou un trouble somatoforme indifférencié, chronique (hystérique polysymptomatique à minima), et de personnalité du registre passif-dépendant, actuellement sub-décompensé. Le Dr Q._____ a fait part des conclusions suivantes : « D'un point de vue psychopathologique, nous nous trouvons face à un assuré qui paraît maintenant avoir retrouvé un certain équilibre psychique puisque Monsieur I._____ a noué une relation sentimentale lui offrant un cadre existentiel relativement sécurisant. A l'examen clinique, il n'y a pas de symptomatologie suffisante pour rentrer dans le cadre d'un épisode dépressif majeur cliniquement significatif, notamment de gravité moyenne à sévère, ou de trouble anxieux spécifique. Il n'y a pas non plus de symptômes de la lignée psychotique ou maladie de la dépendance. A ce titre, relevons que Monsieur I._____ ne bénéficie pas à l'heure actuelle de traitement antidépresseur à une posologie efficace. Il s'agit surtout d'un tableau de douleurs lombaires, subjectivement très incapacitantes, associées parfois à des migraines, des troubles de la concentration, une faiblesse musculaire, une fatigue, des troubles de l'équilibre, ainsi qu'une agitation permanente, des crampes musculaires (cf. son courrier du 8.12.2012 à l'assurance invalidité). Nous retenons le diagnostic différentiel d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique ou un trouble somatoforme indifférencié. En considérant que les plaintes intéressent différents systèmes, celui-ci pourrait être assimilé à une forme d'équivalent d'un trouble hystérique polysymptomatique à minima. L'aggravation des plaintes physiques semble aussi en rapport avec sa situation maritale et professionnelle, ainsi qu'économique. Celles-ci semblent – tout au moins en partie – comme une solution apportée en évitant la confrontation à la réalité, accessoirement de lui faire l'économie de toute remise en question. Monsieur I._____ semble trouver par l'intermédiaire du corps un moyen de langage pour échapper aux conflits intérieurs insupportables et se mettre en quête affective vis-à-vis de ses proches, des assurances sociales et de la médecine. Il en résulte chez l'assuré in fine un comportement relativement régressif, de dépendance, à un stade antérieur où il pouvait se sentir protégé et gratifié (cf. « Personnalité », point 3.4). Nous pouvons parler d'une personnalité du registre passif-

- 12 - dépendant (registre de la personnalité dite histrionique), actuellement sub-décompensée. Monsieur I. _____ apparaît donc comme un homme assez passif, dépendant, avec une personnalité mal différenciée, autrement dit avec un MOI faible et la relation à l'autre mal différenciée. L'assuré a un grand besoin de s'appuyer sur autrui de manière fusionnelle (besoin d'étayage anaclitique). Il s'agit d'un trouble majeur de la personnalité qui prend racine sur une histoire personnelle relativement douloureuse, même s'il faut tenir compte de l'image paternelle, un homme qui a su conduire et maîtriser une entreprise, qui a été perçu de manière positive, mais aussi comme un modèle inaccessible, ceci expliquant aussi le refus de la confrontation, ou d'une identification virile à ce dernier. Cela a entraîné des dysfonctionnements, surtout au niveau du travail. Il faut néanmoins tenir compte que Monsieur I. _____ semble aussi faire preuve de peu de motivation, notamment au travail, à la lecture de son parcours personnel. Il paraît souvent très complaisant face à ses douleurs et se réfugie derrière la maladie pour justifier l'inactivité ou les échecs successifs.

CAPACITE DE TRAVAIL Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster, pour confirmer le caractère insurmontable autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant sont l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Ces critères s'appliquent aux points suivants : - structure de personnalité - éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides - évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé ») - présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive - profits tirés de la maladie, - échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet) Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic. Dans le cas qui nous occupe, il existe un trouble majeur de la personnalité du registre passif-dépendant, qui implique notamment des difficultés adaptatives. Monsieur I. _____ peine à assumer des responsabilités ou un environnement trop compétitif. Le trouble douloureux paraît en grande partie plus subjectif qu'objectif. Il permet à l'assuré d'exprimer son besoin de revendication affective, son agressivité, et offre aussi de nombreuses solutions à des problèmes de réalité. Il n'y a néanmoins actuellement pas de comorbidité psychiatrique majeure, dans le sens d'un épisode dépressif de gravité moyenne à

- 13 - sévère, de trouble anxieux spécifique, de symptômes psychotiques, ou de maladie de la dépendance. Rappelons enfin que selon la doctrine médicale, les symptômes dépressifs légers qui accompagnent les douleurs chroniques constituent une manifestation réactive d'accompagnement de celles-ci, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être retenu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome, d'une fibromyalgie, ou d'un trouble somatoforme douloureux. Le facteur déterminant concernant l'exigibilité est le trouble de la personnalité. Si l'on tient compte d'un potentiel adaptatif limité, une faible résistance psychologique au stress et aux contraintes du réel, notamment professionnelles, on peut estimer qu'une baisse maximum de sa capacité de travail de l'ordre de 50% pourrait lui être reconnue. Vu son tempérament, le processus actuellement très revendicateur dans lequel il s'est engagé, un reclassement professionnel ne saurait lui être proposé, car il risque très rapidement d'être mis en échec. Dans les faits, rien n'empêche Monsieur I. _____ de réaliser une petite activité simple, adaptée à ses éventuelles limitations somatiques. Au niveau médical, il s'agit surtout d'éviter la précipitation thérapeutique et exploratrice dans

toute manifestation, car le risque de chronicisation et surtout de iatrogénèse est important, comme cela a déjà été démontré. Le principal souci est de ne pas nuire. La recherche effrénée de l'objectivation par la multiplication des examens somatiques va continuer à installer Monsieur I. _____ dans sa maladie. Retenons que les résultats des thérapies proposées sont souvent relatifs et que l'assuré se montre alors très quérulent, revendicateur à l'égard des médecins consultés et des résultats des traitements. Une attitude compréhensive globale est la seule possible pour une prise en charge effective qui ne se dilue pas de consultation en consultation. Le seul cas bon à traiter est celui des symptômes émotionnels qui pourrait faire appel à la prescription d'un antidépresseur sérotoninergique à polarité anxiolytique, tel le Citalopram ou la Paroxétine, en cas de nécessité. Une psychothérapie ne saurait lui être imposée en l'absence de demande motivée en ce sens. Le suivi bienveillant par son médecin de famille demeure la prise en charge la plus judicieuse dans ce cas ». En réponse aux questions de l'OAI, le Dr Q. _____ a retenu une capacité résiduelle de travail de 50%, sans diminution de rendement. Selon lui, l'incapacité de travail durable existait depuis au moins 2001 et il y a eu une période d'aggravation transitoire en 2011 lors de sa séparation conjugale. Sur ce point, le médecin expliquait que l'assuré avait présenté un bref épisode anxio-dépressif réactionnel au départ de son épouse en 2011 et que, sur conseil du Dr S. _____, il avait brièvement consulté (8 séances) un médecin psychiatre à [...] sans que cela ne lui ait apporté « grand-chose ».

- 14 - L'OAI a soumis les rapports d'expertise des Drs C. _____ et Q. _____ à son SMR pour appréciation. Dans un avis médical du 9 septembre 2014, le Dr D. _____ a retenu que les expertises répondaient aux critères de qualités exigibles et qu'elles apparaissaient convaincantes dans leurs conclusions respectives. Dans la mesure où elles s'accordent sur une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux seules limitations somatiques depuis 2008 au moins, il y avait lieu d'adopter leurs conclusions – lesquelles ne différaient pas de celles du rapport d'examen du SMR du 28 novembre 2008 – , à savoir : « - Une situation somatique comparable à celle de 2008 avec un syndrome lombo-vertébral sans signes déficitaires ni irritatifs - Un trouble de la personnalité de type passif-dépendant actuellement sub-décompensé mais sans impact sur la CT [capacité de travail] - Une CT nulle dans l'activité de chauffeur seulement pour raisons somatiques - Des limitations fonctionnelles seulement somatiques : port de charges en porte à faux de plus de 5 kg, les positions statiques debout ou assise de plus de 30 mn, pas de vibrations - Une CT de 50% dans une activité adaptée simple depuis au moins 2008 ». Par décision du 28 octobre 2014 confirmant un projet de décision du 16 septembre 2014 contre lequel l'assuré n'a formulé aucune objection, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Au vu des rapports d'expertise, aucune modification significative de son état de santé ne pouvait être établie. Sa capacité de travail restait nulle dans son activité habituelle de machiniste et était toujours de 50% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il continuait à bénéficier de la demi-rente accordée précédemment (selon un degré d'invalidité de 53%). C. Par acte du 28 novembre 2014, I. _____, désormais représenté par Me Marc Labbé, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il fait valoir une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique depuis la période de son divorce en

- 15 - 2011 et soutient que les rapports d'expertise sont dépourvus de valeur probante. Il a complété son recours le 26 janvier 2015, précisant que l'anamnèse desdits rapports est incomplète. En particulier, il reproche à l'expert C._____ de ne pas avoir pris en compte le rapport du 19 avril 2013 du Dr S._____ et déplore le fait que le rapport de la V._____ à [...] où il a consulté trois médecins le 24 juillet 2013 ne figure pas au dossier. Il fait en outre grief à l'OAI, de même qu'à l'expert Q._____, de ne pas s'être informé de la situation qui prévalait pendant sa période de séparation auprès des psychiatres qu'il avait consultés, à savoir le Dr F._____ ou le Dr M._____, en particulier de ne pas avoir exigé de rapport médical du Dr F._____. Par ailleurs, il relève que le Dr C._____ constate que l'avis d'expert diffère partiellement de celui du Dr R._____, sans donner toutefois d'explications complètes et convaincantes. Dans sa réponse du 23 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision. Il explique que si le rapport du 19 avril 2013 du Dr S._____ n'est pas mentionné par l'expert C._____, ce dernier a toutefois rapporté les observations similaires du Dr S._____ dans ses autres écrits. Par ailleurs, ledit rapport a été discuté par le SMR dans un avis médical du 29 avril 2013. En outre, la question de la présence ou non d'un rapport de la V._____ apparaît futile dans la mesure où le Dr C._____ a dévoilé les constatations émises lors de la consultation et s'est donc également basé sur cette évaluation. Enfin, il ne lui était pas nécessaire de prendre contact avec les anciens thérapeutes dès lors qu'il examinait lui-même la situation du recourant à l'époque qui a suivi sa séparation conjugale. En conclusion, les rapports d'expertise sont pertinents. Le recourant a confirmé ses précédentes écritures dans sa réplique du 1er avril 2015. E n d r o i t :

- 16 - 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé depuis les dernières décisions de l'OAI des 21 août et 28 septembre 2009. 3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-

- 17 - invalidité; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 et les références). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2). b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au

- 18 - moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et

- 19 - enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2). Enfin, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il convient en effet de prendre en considération pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 et les références). 4. a) En l'espèce, par décisions des 21 août et 28 septembre 2009, confirmées par l'arrêt de la Casso du 2 décembre 2011 (AI 453/09- 15/2012), l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2007, constatant un degré d'invalidité de 53%. A l'aune de ces décisions, le recourant souffrait de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs et présentait les limitations fonctionnelles suivantes : « nécessité de pouvoir alterner 2-3 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos. Pas

- 20 - de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. L'assuré ne doit pas être soumis à des vibrations » (cf. rapport SMR du 28 novembre 2008). Seuls peuvent ainsi être pris en considération, dans le cadre de la seconde demande de l'intéressé du 12 mars 2012, une aggravation ou de nouveaux troubles de santé survenus postérieurement à l'automne 2009 (cf. consid. 3a supra). b) A l'appui de sa demande, le recourant a soumis à l'intimé de nouveaux rapports médicaux des Drs S. _____ et R. _____ faisant état, en substance, d'une aggravation de la symptomatologie lombaire et d'un trouble dépressif sévère. Une nouvelle instruction a été ouverte et l'intimé a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique en mandatant les Drs C. _____ et Q. _____. Sur le plan rhumatologique, le Dr C. _____, dans son rapport du 10 février 2014, a retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des lombopygalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. D'après le bilan radiologique pratiqué par l'expert, les discopathies sous-jacentes étaient restées inchangées par rapport au bilan de 2006. Par ailleurs, les radiographies de la colonne cervicale, de même que celle du genou étaient dans les normes; l'expert ne constatait aucun trouble dégénératif ou statique significatif, ni de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. S'agissant de l'exigibilité du recourant du point de vue rhumatologique, le

Dr C. _____ retenait, au vu du status post opératoire et de la chronicisation de la symptomatologie douloureuse sous-jacente, que sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité de chauffeur poids lourd et de machiniste. Par contre, dans une activité adaptée, en évitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 kg, et les positions debout ou assis immobile prolongées de plus de 30 min, sa capacité de travail était de 50%. En définitive, il arrivait à la conclusion que le socle somatique restait inchangé par rapport à l'appréciation rhumatologique de 2008.

- 21 - Sur le plan psychiatrique, le Dr Q. _____, dans son rapport du 21 août 2014, a posé les diagnostics de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale ou un trouble somatoforme indifférencié, chronique, et de personnalité du registre passif-dépendant, actuellement sub-décompensée; ces diagnostics étant sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. L'expert a en effet constaté à l'examen clinique qu'il n'y avait pas de symptomatologie suffisante pour rentrer dans le cadre d'un épisode dépressif majeur cliniquement significatif, notamment de gravité moyenne à sévère, ou de trouble anxieux spécifique. Selon lui, l'aggravation des plaintes physiques semblait en rapport avec sa situation maritale et professionnelle, ainsi qu'économique. Il ajoutait que le trouble douloureux paraissait en grande partie plus subjectif qu'objectif. Si l'incapacité de travail durable existait depuis au moins 2001, il retenait une période d'aggravation transitoire en 2011, à savoir un bref épisode anxio-dépressif réactionnel au départ de son épouse. Se référant à la doctrine médicale, l'expert précisait que les symptômes dépressifs légers qui accompagnaient les douleurs chroniques constituaient une manifestation réactive d'accompagnement de celles-ci, de sorte qu'un tel diagnostic ne pouvait être retenu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome. Dans le cas du recourant, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique majeure, dans le sens d'un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère, de trouble anxieux spécifique, de symptômes psychotiques ou de maladie de la dépendance. S'agissant de l'exigibilité, on pouvait, selon l'expert, tenir compte d'un potentiel adaptatif limité, une faible résistance psychologique au stress et aux contraintes du réel et lui reconnaître une baisse maximum de 50% de sa capacité de travail. Dans les faits toutefois, rien n'empêchait le recourant de réaliser une petite activité simple, adaptée à ses éventuelles limitations somatiques. c) Le recourant conteste la valeur probante de ces expertises en soutenant en particulier que l'anamnèse était incomplète, de sorte que l'intimé a procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits.

- 22 - Il relève tout d'abord que le Dr C. _____ ne mentionne pas le rapport du 19 avril 2013 du Dr S. _____, pourtant important pour l'instruction du dossier, et qu'il n'a ainsi pas pu en tenir compte. S'il est exact que le Dr C. _____ ne se réfère pas à ce rapport, cela est sans conséquence sur la valeur probante de son expertise rhumatologique. Ce qui importe est que l'expert ait pu prendre en considération l'avis du Dr S. _____ sur les points litigieux. En l'espèce, force est de constater que l'expert a rapporté d'autres documents médicaux faisant état de constatations similaires à celles du Dr S. _____. On peut citer par exemple le rapport du 29 mars 2012 du Dr S. _____ et en particulier le rapport du 23 avril 2013 du Dr R. _____, dont les observations sont très proches de celles figurant au rapport du 19 avril 2013 du Dr S. _____. Ainsi, l'expert a pu prendre en compte suffisamment d'éléments médicaux pour réaliser son expertise rhumatologique en toute connaissance de cause. L'anamnèse utilisée par l'expert C. _____ ne peut ainsi être critiquée sur ce point. Le recourant critique également le fait que le rapport de la

V. _____, où il a consulté trois médecins le 24 juillet 2013, ne figure pas au dossier, ayant pourtant un intérêt dans le cadre de sa pathologie douloureuse, dont devait tenir compte également l'expert Q. _____ sous l'angle psychique. Si l'on peut constater avec le recourant que ce rapport est absent du dossier, on ne peut toutefois conclure avec lui que l'anamnèse était insuffisante pour pouvoir prendre position sur sa capacité de travail. Tout d'abord, comme le remarque le recourant, le rapport en question est cité par le Dr C. _____ dans son rapport d'expertise, mentionnant également les conclusions des médecins consultés, qui d'ailleurs ne sont pas contradictoires avec celles de l'expert. Dans la mesure où le Dr C. _____ a pu en prendre connaissance et tenir compte de son contenu, on ne peut remettre en cause son expertise du seul fait que le rapport de la V. _____ ne figure pas au dossier. Il en va de même avec l'expertise psychiatrique du Dr Q. _____. En effet, même si les médecins consultés évoquent « une surcharge psychosociale », concluent à « des douleurs chroniques avec composante somatique et psychique » et proposent d'introduire un traitement médicamenteux spécifique « en

- 23 - raison d'un contexte dépressif », ils ne sont pas spécialistes en psychiatrie. Ces observations doivent être prises en compte de la même manière que l'ont été celles des Drs S. _____ et K. _____ lors de l'ouverture de l'instruction, amenant l'OAI à mandater un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie afin d'éclaircir cet aspect dans le cadre d'une expertise. Dans la mesure où le Dr Q. _____ a lui-même procédé à l'évaluation psychiatrique du recourant, en s'intéressant d'ailleurs également à sa pathologie douloureuse et son évolution, son expertise ne souffre ainsi pas non plus de l'absence de ce rapport au dossier. Le recourant reproche à l'OAI, de même qu'au Dr Q. _____, de ne pas s'être enquis de la situation qui prévalait pendant la période de séparation auprès des psychiatres qu'il avait consultés, à savoir le Dr F. _____ ou le Dr M. _____, en particulier de ne pas avoir exigé de rapport médical du Dr F. _____. On peut tout d'abord constater que l'OAI a expressément demandé un rapport médical au Dr F. _____ le 16 mai 2013 mais que celui-ci n'en a pas transmis, répondant que l'intéressé n'était plus suivi à sa polyclinique depuis juillet 2012. De plus, il ressort des pièces au dossier qu'il n'a plus consulté de psychiatre depuis lors. En effet, le recourant a informé l'OAI le 30 mai 2013, à sa demande, qu'il n'était pas suivi par un spécialiste et, malgré les différentes allégations de l'intéressé ou de ses médecins annonçant un futur suivi psychiatrique, il n'a fourni aucun document médical provenant d'un spécialiste en psychiatrie. Dans ces circonstances, l'OAI a mandaté le psychiatre Q. _____ afin de réaliser une expertise dans ce domaine, procédant ainsi de manière adéquate à l'instruction de la nouvelle demande de prestations compte tenu des éléments au dossier. Quoi qu'il en soit, dans le cadre de son expertise psychiatrique, le Dr Q. _____ a expressément pris en considération l'épisode dépressif vécu par le recourant en 2011. En effet, l'expert a relevé que le recourant avait consulté le Dr F. _____ sur huit séances à la suite du départ de son épouse en 2011, retenant à cet égard qu'il s'agissait d'un bref épisode anxio-dépressif réactionnel. Cela étant, le Dr Q. _____ a été mandaté dans le but de procéder lui-même à l'examen de la situation psychique du recourant. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il pouvait s'abstenir de prendre contact avec le

- 24 - Dr F. _____, sans que cela n'affaiblisse la valeur probante de ses constatations. Enfin, le recourant relève que le Dr C. _____ constate une différence partielle entre l'avis d'expert et celui du Dr R. _____, sans toutefois donner des explications complètes et convaincantes. On remarque que dans son rapport du 28 juillet 2013, le Dr R. _____ a

posé le diagnostic de « failed back surgery syndrome ». Or, un tel diagnostic ne constitue pas une atteinte somatique supplémentaire mais constitue davantage une cause au diagnostic de lombalgies chroniques persistantes qui ressort de l'ensemble des rapports médicaux au dossier. Par ailleurs, l'avis du Dr R. _____ est isolé. En effet, comme le relève le Dr C. _____ dans son rapport, son appréciation d'expert s'apparente à celle des Drs Z. _____, K. _____, B. _____ et N. _____. En outre, l'appréciation du Dr R. _____ à savoir « des douleurs chroniques dont l'évolution était imprévisible, vraisemblablement non positive » relève d'une prédiction éventuelle, ce qui ne permet pas de constater une péjoration de l'état de santé du recourant. En somme, le rapport du Dr R. _____ ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert. En définitive, l'anamnèse apparaît complète et aucun des arguments du recourant ne permet de constater que des éléments pertinents susceptibles de conclure à une péjoration de l'état de santé auraient été ignorés par les experts, respectivement par l'intimé. En tous les cas, l'expertise bidisciplinaire des Drs C. _____ et Q. _____ remplit les réquisits de la jurisprudence pour se voir conférer une pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). En effet, elle a été réalisée sur la base du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques du recourant, et de nouveaux examens adéquats réalisés tant sur le plan radiologique et rhumatologique que psychique. Elle tient compte des plaintes de celui-ci ainsi que de l'anamnèse, qui ont été soigneusement consignées dans le corps du texte. S'agissant des points litigieux, à savoir si la situation somatique s'était modifiée et s'il existait un trouble psychiatrique invalidant, les constatations permettent d'exclure

- 25 - une péjoration significative de l'état de santé depuis la dernière évaluation du SMR du 28 novembre 2008. Les conclusions sont sans équivoque s'agissant de la capacité de travail qui reste à 50% dans une activité adaptée. Dans ces circonstances, il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire des Drs C. _____ et Q. _____ et l'intimé était fondé à s'y référer. d) Compte tenu des constatations de l'expertise, il convient de nier une péjoration notable de l'état de santé, influençant le droit à la rente. En effet, les observations émises sur le plan somatique sont superposables à celles retenues par le SMR dans son rapport du 28 novembre 2008 à l'aune des décisions des 21 août et 28 septembre 2009 (cf. consid. 4a supra). On peut tout plus observer un fait nouveau, dans la mesure où le Dr Q. _____ admet une atteinte à la santé psychique qui n'entraîne toutefois pas d'incapacité de travail supérieure à celle déjà reconnue au recourant. En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la situation médicale du recourant n'avait pas changé de manière significative, refusant le droit à une rente plus élevée. 6. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs. Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 23 décembre 2014, de sorte que les frais judiciaires sont provisoirement laissés à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenu à remboursement dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 26 - Vu l'issue du recours, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). c) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Marc Labbé (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi

de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense du recourant de 11 heures et 40 minutes et des débours par 45 francs. Après examen, la liste des opérations est globalement raisonnable et on peut s'y référer sans la réduire. L'assistance judiciaire couvre aussi le temps nécessaire pour expliquer le jugement à l'assuré, même si 60 minutes sont largement comptées. Le tarif horaire applicable est de 180 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]). Ainsi, Me Marc Labbé a droit à une indemnité d'honoraire de 2'100 fr. (11h40 x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter pour 45 fr. de débours et la TVA par 171 fr. 60. L'indemnité globale arrondie doit ainsi être fixée à 2'317 fr., débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.