

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2024

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
M. Oulevey et Mme Gauron-Carlin, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Marine Girardin, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et  
2, 57a LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 3 février 2006, J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC de [...] et [...] depuis 1994, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état de douleurs ubiquitaires, principalement dos, cervicales et lombes depuis 1991.

Le 8 mars 2006, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a transmis à l'OAI les rapports suivants :

- un rapport du 14 avril 1997 des Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service de rhumatologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de cervicalgies intermittentes post-traumatisme en 1991, de troubles statiques du rachis (scoliose dorsale sinistro-convexe et effacement de la lordose lombaire), de sciatalgie SI gauche intermittente, d'hypercalcémie d'origine indéterminée et de status post-traumatisme crânio-cérébral [TCC] en 1973 ;

- un rapport du 5 avril 2004 du Dr K.\_\_\_\_\_ exposant que l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation en 1991 et qu'il souffrait depuis lors de rachialgies ubiquitaires persistantes prédominantes à la colonne cervicale et que des cervicalgies intermittentes post-traumatiques et des troubles statiques du rachis intégrant des sciatalgies gauches intermittentes avaient été diagnostiqués. Ce médecin a indiqué que l'assuré souffrait de rachialgies ubiquitaires associées à des pseudo-sciatalgies gauches dans un contexte de dysfonction C4-C5 et troubles statiques rachidiens discrets sans signes irritatifs radiculaires, ni troubles sensitivo-moteurs ou réflexes des membres ;

- un rapport du 12 août 2004 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquant que la situation était extrêmement intriquée entre souffrance cervicale et trouble statique vertébrale.

Le 9 mars 2006, l'OAI s'est fait remettre le dossier de l'assureur perte de gain qui contenait en particulier des certificats médicaux établis par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, attestant une totale incapacité de travail dès le 2 août 2004 et à 90 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2005.

Le 10 avril 2006, le Dr L.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI dans lequel il a posé les diagnostics de syndrome douloureux ubiquitaire prédominant dans la zone cervicale et dorsale avec sciatalgie gauche et céphalées et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (S33.01) et a attesté une incapacité de travail de 90 %.

Dans un rapport du 26 juillet 2006 adressé à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies chroniques dans un contexte de trouble statique sous forme de la cyphose thoracique enraidie, de défiance posturale partiellement réductible, de dysbalances musculaires, de trouble obsessionnel compulsif et de séquelle de Whiplash stade I. Il a attesté une incapacité de travail de 50 %. Ce médecin a encore mentionné que le handicap douloureux exprimé ne correspondait pas à l'importance de la limitation fonctionnelle de l'examen clinique et qu'il y avait de nombreux signes de non-organicité, laissant entrevoir une partielle participation.

Faisant suite à un avis du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) du 27 septembre 2006, un examen clinique rhumatopsychiatrique a été effectué le 1<sup>er</sup> octobre 2007 par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR et spécialistes en médecine interne générale et respectivement en rhumatologie et en pathologie et psychiatrie et psychothérapie, qui ont posé le diagnostic avec

répercussion sur la capacité de travail de rachialgies communes (M54.9) et ont constaté une situation psychosociale difficile (Z60.8). Ils ont attesté une capacité de travail dans l'activité habituelle de 30 % et dans une activité adaptée de 100 % depuis le 2 août 2004 et ont indiqué les limitations fonctionnelles suivantes (usuelles aux rachialgies) : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids de plus de 7 kg, pas de port régulier de charges d'un poids de plus de 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail s'effectuant sur des engins vibrants, pas de travail s'effectuant avec les membres supérieurs au-delà de l'horizontale et pas de travail s'effectuant dans une position statique prolongée immobile de la nuque. Quant aux limitations fonctionnelles psychiatriques, les médecins n'en ont mentionné aucune.

Dans un rapport d'examen du 19 octobre 2007, le SMR a retenu une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_.

Selon un examen du dossier de l'assuré du 20 mai 2008, le revenu sans invalidité brut a été déterminé à 27'804 fr. (valeur 2003).

Selon un rapport d'une spécialiste en réadaptation du 26 juin 2008, le salaire annuel de l'assuré avant la survenance de l'invalidité se montait à 22'000 fr. en 2003.

Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008, des mesures professionnelles ont été mises en place, notamment une orientation professionnelle, un stage de réentraînement au travail, un reclassement et un droit au placement.

Dans un rapport du 31 janvier 2012 adressé à l'OAI, la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie, a posé les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques post-traumatiques depuis 1991, d'épilepsie partielle sous

traitement, d'hyperparathyroïdie I avec hypercalcémie ayant nécessité une cure chirurgicale en octobre 2011, d'hypoglycémie d'origine indéterminée et de migraines.

Dans un avis du 9 février 2012, le SMR a indiqué que l'hyperparathyroïdie ayant été traitée chirurgicalement, elle n'était plus incapacitante. Quant aux hypoglycémies, elles pouvaient être en grande partie évitées par une bonne hygiène alimentaire et ne sauraient justifier plus qu'une minime baisse de rendement de l'ordre de 10 %.

Il ressort d'un rapport « REA - Rapport final » du 22 novembre 2012 ce qui suit :

« Notre assuré a bénéficié dans un premier temps d'un stage d'orientation dans le domaine du dessin bâtiment du 11 août 2008 au 9 janvier 2009. Au terme de la mesure, une formation de diagnosticien niveau brevet fédéral a été mis en place sous la forme de 2 jours de formation pratique dans le garage [...] au [...] et le suivi des cours à l'UPSA.

Très vite, les résultats sont apparus comme étant au-dessous de la moyenne (Cf. note du 18.9.2009). Le 10.12.12, une note de suivi relate les difficultés d'apprentissage et la survenance d'un nouveau problème de santé (thyroïde). A ce moment seul, le module 5 (mécanique) a été réussi.

Lors de l'entretien avec le soussigné et l'UPSA et au vu de l'amélioration subjective de la situation (Cf. note du 19.12.2012), des objectifs pour la suite sont définis à savoir : la réussite de 3 modules d'ici le mois de juillet 2012. Parallèlement, nous mettons en place des cours d'appuis en informatique auprès de [...] afin de favoriser la réussite du module 5 (informatique).

Le 18 juillet 2012, notre assuré nous informe qu'il n'a réussi qu'un seul module et donne l'impression d'être épuisé.

Le 3 septembre 2012, nous organisons un entretien tripartite avec l'UPSA et au vu de la situation toutes les personnes concernées s'accordent pour prendre la décision d'arrêter la formation en cours, celle-ci étant devenue inaccessible pour notre assuré. Nous poursuivons la formation en informatique avec comme objectif qu'il puisse exercer une fonction d'employé polyvalent dans un garage et qu'il réalise un dossier de candidature.

Par la suite, notre assuré a été en arrêt maladie du 6 août 2012 au 8 novembre 2012 (Cf. attestation du 25.9.2012). La mesure a été prolongée jusqu'au 8 décembre 2012 afin de terminer le processus de formation en cours.

Nous rencontrons notre assuré une dernière fois le 16 novembre 2012 et suite à cet entretien une aide au placement a été octroyée afin de le soutenir dans ses recherches d'emploi.

Au vu des résultats négatifs, nous avons interrogé le SMR et il ressort dans son avis du 9 février 2012 qu'il existe des sévères difficultés

d'apprentissage en modalité audio, verbale, une baisse de la mémoire de travail et une dysfonction exécutive. Le neuropsychologue était optimiste pour que notre assuré parvienne à suivre une formation, mais en prenant plus de temps que la normale en raison des troubles cognitifs. Une baisse de rendement de 10 % est retenue dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, il n'y a aucune autre mesure à mettre en place afin de réduire le préjudice économique.

En conséquence, nous proposons l'approche théorique suivante :

Selon le rapport d'examen SMR du 19 octobre 2007, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 30% et de 100% dans une activité adaptée avec des limitations fonctionnelles habituelles concernant le rachis. Selon l'avis médical du 9 février 2012, il existe une baisse de rendement de 10% dans une activité adaptée.

**RS 2012**, selon l'enquête économique du 20 mai 2008 se monte à Sfr. 27'804.- pour 2003, indexé à 2012, soit Sfr. 31'240.- (Cf. indexation des salaires en annexe).

**RI 2012** : Selon info - Vaud, page 71, un ouvrier de garage polyvalent peut percevoir un salaire minimum de Sfr. 4'100.- après 2 ans d'expérience, soit Sfr. 53'300.- annuel (Sfr. 4'100.- X 13) en tenant compte de la diminution de rendement de 10%, soit **Sfr. 47'970.-** (Sfr. 53'300.- X 0,9).

**RI 2012 selon calcul ESS** : Cf. calcul en annexe

Activités adaptées : Notre assuré pourrait mettre en valeur la formation pratique de diagnosticien suivie à ce jour en exerçant notamment la fonction d'ouvrier de garage polyvalent chez un importateur ou dans tout autre garage. Il pourrait également œuvrer dans une réception de garage ayant acquis les connaissances informatiques nécessaires à l'exercice de cette profession.

Les activités de type ESS lui sont également accessibles à savoir que :

Notre assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement.

Une aide au placement a été octroyée et est en cours.

Notre intervention étant terminée nous fermons nos mandats. »

Par décision du 14 mai 2013, confirmant un projet de décision du 21 mars 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le droit au reclassement ainsi que le droit à une rente d'invalidité au motif que sa capacité de travail était de 30 % dans l'activité habituelle et de 100 % avec une baisse de rendement de 10 % depuis le mois d'août 2004 dans une activité adaptée et que son revenu d'invalidité étant supérieur à celui sans invalidité, il ne présentait aucun préjudice économique.

Par communication du 18 décembre 2013, l'OAI a informé l'assuré que l'aide au placement était terminée dès lors qu'il avait été engagé par G.\_\_\_\_\_ par contrat du 24 juillet 2013 en tant que collaborateur au service extérieur pour le service et la vente des produits de protection incendie pour un salaire annuel brut de 65'000 francs.

**B.** Le 30 janvier 2017, l'assuré a informé l'OAI vouloir se réinscrire auprès de l'assurance-invalidité à la suite d'une aggravation de son état de santé en lien avec des problèmes de dos, d'épaule gauche, de bras gauche, de main gauche, de bras droit et de nuque et être en arrêt de travail depuis le 5 décembre 2016.

Le 7 avril 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations invoquant une atteinte au dos, à la nuque, à l'épaule gauche, aux bras et des migraines existantes depuis 1991 à la suite d'un accident. A sa demande étaient joints les rapports suivants :

- un rapport du 6 décembre 2016 du Prof. P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic de cervico-brachialgies gauches s'inscrivant dans un contexte de douleurs articulaires à localisation multiple et en particulier au niveau du rachis ;

- un rapport du 14 février 2017 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien au Centre médical de [...], posant les diagnostics de cervico-brachialgies gauches dans le cadre de dysbalances musculaires et d'arthropathie acromio-claviculaire gauche, de lombo-pygalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec d'importantes dysbalances musculaires et de status après parathyroïdectomie subtotale en 2011.

Dans un rapport du 21 avril 2017 adressé à l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches, de tendinopathie du supra-épineux et du long chef du biceps

gauche, d'épicondylite gauche et de douleurs chroniques du rachis lombaire. Il a indiqué que l'assuré était 100 % apte au travail dans une activité sans port de charges de plus 2-5 kg, sans mobilisation répétitive de l'épaule gauche et sans mobilisation de l'épaule au-dessus du buste.

Dans un rapport indexé le 27 avril 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_, posant les mêmes diagnostics que dans son rapport du 14 février 2017, a précisé que le travail au-dessus de l'horizontal semblait être fortement compromis avec des ports de charges vu les limitations actuelles et que l'activité habituelle de vendeur d'entretien de matériel d'incendie ne semblait pas possible.

Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur du 3 mai 2017 que l'assuré a été licencié pour le 6 juin 2017 avec un dernier jour de travail effectif le 2 décembre 2016 et que le salaire annuel était de 77'000 francs.

Dans un rapport du 9 mai 2017 adressé à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de cervico-brachialgies gauches dans le cadre d'une dysbalance et arthropathie acromio-claviculaire gauche, de tendinopathie du supra-épineux gauche et du long chef du biceps (2015), de lombo-pygalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec importante dysbalance musculaire (2004), de status parathyroïdectomie subtotale, de dyspepsie (2004), de syndrome d'apnée du sommeil diagnostiqué début 2017, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel avec léger syndrome somatique (F33.01), de suspicion d'histaminolibération non spécifique versus intolérance ou allergie alimentaire non spécifique, de cervicalgies intermittentes post traumatique (1991) et de status post-TCC (1973). Selon lui, la pathologie nécessitant l'arrêt de travail était la tendinopathie du supra-épineux gauche et du long chef du biceps. Il a précisé que l'assuré était dans une décompensation importante et que sa capacité de travail était nulle mais qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité

professionnelle dans une activité adaptée dès que l'état de l'assuré se serait amélioré.

Le 31 mai 2017, l'OAI s'est vu remettre le dossier de [...], assureur perte de gain, qui contenait notamment les rapports suivants :

- un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 20 février 2017 posant les diagnostics de cervico-brachialgies gauches dans le cadre de dysbalances musculaires et d'arthropathie acromio-claviculaire gauche, de lombopyalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec d'importantes dysbalances musculaires et indiquant n'avoir pas établi d'arrêt de travail tout en précisant que l'activité habituelle ne semblait pas possible mais que l'assuré pourrait certainement travailler dans une activité adaptée à ses plaintes ;

- un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 28 février 2017 posant le diagnostic de tendinopathie du supra-épineux gauche et du long chef du biceps et comme diagnostic secondaire des douleurs chroniques du rachis et attestant un arrêt de travail total dès le 5 décembre 2016 ;

- un certificat du 1<sup>er</sup> mars 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de tendinopathie du supra-épineux gauche et du long chef du biceps et indiquant que l'assuré serait apte à travailler dans une activité adaptée respectant ses restrictions physiques, à savoir pas de port de charges de plus de 2-5 kg, pas de mobilisation répétitive de l'épaule et pas de mobilisation de l'épaule au-dessus du buste.

Le 14 juin 2017, l'OAI s'est vu remettre le dossier de l'assureur accident duquel il ressort que l'assuré a été opéré le 13 juillet 2016 par arthroscopie en raison d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche ensuite d'une chute dans un escalier le 9 mars 2016.

Le 26 juillet 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI une copie d'un rapport du 18 juillet 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ mentionnant une évolution

marquée par une diminution des douleurs au niveau du rachis mais une persistance des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire gauche se manifestant surtout à la mobilisation qui ne permettaient pas une reprise d'activité professionnelle mettant à contribution l'épaule gauche.

Par communication du 10 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, ni des mesures de réadaptation.

Dans un avis SMR du 16 mai 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a conclu que, depuis la première demande de prestations, l'assuré présentait une aggravation de son état de santé, l'arrêt de travail ayant abouti à la deuxième demande étant en lien avec l'atteinte du membre supérieur gauche justifiant des limitations fonctionnelles durables. Concernant l'atteinte psychique, aucun élément du dossier ne permettait de retenir la présence d'une atteinte durablement incapacitante, malgré des difficultés d'ordre psychosocial semblant être manifestes. Ainsi, les éléments suivants étaient retenus : une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2016, une capacité de travail totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 10 % depuis février 2017 et les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise-debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 7 kg, pas de port régulier de charges de plus de 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail sur engins vibrants, pas de travail s'effectuant avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal, pas de travail dans une position statique prolongée immobile de la nuque, pas d'activité d'effort, de port de charges de plus de 2 à 5 kg ou de mobilisation répétitive avec le bras gauche.

Par projet de décision du 30 août 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une rente d'invalidité au motif qu'il présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 % depuis le mois de février 2017. Il a indiqué que l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail en

œuvrant dans une réception de garage, dans le domaine de la vente de pièces détachées en lien avec le secteur automobile, vente simple ou autres. Les activités en lien avec le domaine industriel léger étaient également accessibles telle qu'opérateur sur machines conventionnelles, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères voire ouvrier dans le conditionnement. Il a enfin indiqué que le revenu d'invalidé était au moins aussi élevé que celui de valide, ce qui impliquait l'absence de préjudice économique et, partant, le refus de mesures de reclassement et de prestations financières.

Par courrier du 31 octobre 2018, l'assuré, désormais représenté par son mandataire, a présenté ses objections au projet de décision du 30 août 2018 et a transmis le rapport suivant du 10 octobre 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_ :

« (...) 1. Le 08.10.2018 lors de la dernière consultation, le patient se plaignait comme d'habitude et depuis de nombreuses années de cervico-brachialgies, de dorsalgies et de céphalées. Des douleurs au niveau de son épaule G sont apparues à l'effort léger ce matin (sac de 3 kg). Après une heure de consultation, en étant resté assis pendant toute cette période, toutes ses douleurs ont augmenté.

2. Diagnostics :

- Cervico-brachialgies G dans le cadre de :
  - o Dysbalance musculaire et arthropathie acromioclaviculaire G
  - o Tendinopathie du supra-épineux G et du long chef du biceps (depuis 2015)
- Lombopalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec importantes dysbalances musculaires (depuis 2004)
- Status après para-thyroïdectomie subtotale (2014)
- Dyspepsie (depuis 2004)
- Syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué depuis début 2017
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01 - CIM 10) (2016-2017)
- Cervicalgies intermittentes post-traumatiques (1991)

3. 0% (zéro) actuellement en raison des cervicalgies et de cervico-brachialgies G. Sur le plan psychologique, il me semble difficile pour lui de soutenir une concentration suffisante pour exercer son activité habituelle.

4. Le problème de M. J. \_\_\_\_\_ est dû au fait que ses douleurs sont extrêmement fluctuantes et aléatoire, en intensité et en fréquence. Étant donné qu'il est impossible de dire quand il aura mal, il est difficile de prévoir un horaire quel qu'il soit.

5. Il est difficile de donner des limitations fonctionnelles à respecter, car celles-ci varient constamment. En effet, pendant une période le patient pourra effectuer des travaux légers ne nécessitant pas une position statique trop longue et d'autres fois, sans aucun signe annonciateur, ses douleurs l'obligent à rester couché dans une position antalgique.

6. Tout ceci est basé sur les affirmations du patient, ainsi que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, qui date du 14.02.2017, ci-joint. Comme je l'avais déjà mentionné le 09.05.2017 dans un rapport médical transmis à l'AI, M. J.\_\_\_\_\_ est toujours dans une situation socio-professionnelle et familiale difficile. La chronicité du problème physique ainsi que cette situation sont particulièrement pénibles au niveau du moral du patient. C'est pour cette raison que j'ai proposé à plusieurs reprises au patient, d'être suivi par un psychiatre.

Il est à noter que lors d'un rapport AI, datant de 2006, la même situation était déjà décrite. »

Par avis du 23 novembre 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ n'était pas susceptible de modifier les conclusions de l'OAI dans la mesure où ce médecin reprenait uniquement les diagnostics connus en se basant sur des éléments peu récents (consultation du Dr F.\_\_\_\_\_ de février 2017) et subjectifs (douleurs fluctuantes) et qu'à aucun moment, il ne décrivait l'examen clinique de l'assuré. De plus, la situation était clairement influencée par des facteurs psycho-sociaux défavorables. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a également relevé que le Dr L.\_\_\_\_\_ avait indiqué que la même situation était déjà décrite en 2006, ce qui n'avait pas empêché l'assuré de reprendre une activité professionnelle durant plusieurs années. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a encore rappelé que tant le Dr R.\_\_\_\_\_ que le Dr F.\_\_\_\_\_ étaient d'avis que l'assuré était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Après avoir accordé au recourant une aide au placement par communication du 31 août 2018 et décision du 5 octobre 2018, l'OAI a indiqué, par communication interne du 30 novembre 2018, que cette aide était suspendue dans la mesure où l'assuré contestait le projet de décision du 30 août 2018 et par là la capacité de travail reconnue. L'OAI a précisé que cette mesure pourrait être remise en place lorsque l'assuré serait subjectivement prêt à se projeter dans la recherche d'une place de travail adaptée.

Dans une communication interne du 30 novembre 2018, un spécialiste REA a indiqué que le revenu sans invalidité pertinent restait

celui que l'assuré aurait obtenu s'il n'avait pas eu des problèmes de santé, soit sur la base de sa première activité même s'il s'avérait que son salaire obtenu chez G. \_\_\_\_\_ était plus élevé que celui qu'il aurait obtenu sans atteinte. En d'autres termes, il n'appartenait pas à l'OAI d'indemniser une perte de revenu - hypothétique - relative à une activité que la personne assurée n'aurait jamais exercée en l'absence d'atteinte à la santé.

Le 5 décembre 2018, le Dr L. \_\_\_\_\_ a écrit ceci à l'OAI :

« 1. Diagnostics :

- Cervico-brachialgies G dans le cadre de :
  - o Dysbalance musculaire et arthropathie acromio-claviculaire G
  - o Tendinopathie du supra-épineux G et du long chef du biceps (depuis 2015)
- Lombopalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec importantes dysbalances musculaires (depuis 2004)
- Status après para-thyroïdectomie subtotale (2014)
- Dyspepsie (depuis 2004)
- Syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué depuis début 2017
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01 - CIM 10) (depuis au moins 2016)
- Cervicalgies intermittentes post-traumatiques (1991)

Les diagnostics ayant une répercussion actuellement sur sa capacité de travail sont :

- Dorsalgies
  - Céphalées/migraines récurrentes
  - Douleurs fluctuantes ubiquitaires
  - Trouble dépressif récurrent, trouble de la personnalité et fonctionnement pathologique lié à des troubles de l'adaptation
2. Légèrement améliorée avec persistance d'un seuil douloureux important, raison pour laquelle j'ai adressé le patient au Centre [...] (Av. [...] à [...]). Le patient se plaint de difficultés à se concentrer et de « perte de mémoire »
3. Le 08.10.2018 lors de la dernière consultation, le patient se plaignait comme d'habitude et depuis de nombreuses années de douleurs ubiquitaires et principalement de cervico-brachialgies, de dorsalgies et de céphalées. Par exemple, des douleurs au niveau de son épaule G sont apparues à l'effort léger ce matin (sac de 3 kg). Après une heure de consultation, en étant resté assis pendant toute cette période, toutes ses douleurs ont augmenté. Le patient s'est plaint de difficultés à se concentrer et de « perte de mémoire »

4. 1 x/mois

5. AINS et paracétamol.

J'ai introduit un antihypertenseur en raison d'une HTA nouvelle. J'ai essayé d'introduire du Lyrica (Prégabaline) mais le patient a fait une réaction paradoxale (urticaire) et je l'ai adressé au Centre [...] (Swiss [...], Av. [...], [...]).

La réponse au traitement est aléatoire, la compliance est bonne.

6. 1x/mois j'ai refait des arrêts de travail à 100% au patient, le dernier date du 16.11.2018 validé jusqu'au 31.01.2019, le patient pense être en fin de droits par rapport à son assurance perte de gains.

7. Il existe une atteinte psychiatrique durable comme décrit ci-dessus. Le patient est allé voir un psychothérapeute au Centre de Psychiatrie [...]. Depuis 2017 il n'y a pas eu de nouvelles investigations ni consultation spécialisée (à part le psychiatre [...] dont je n'ai pas de nouvelle.)

J'ai adressé tout dernièrement le patient au Swiss [...] (novembre 2018) dont je n'ai pas encore de nouvelle non plus.

8. J'ai de la peine à comprendre comment le patient doit éviter un port régulier de plus de 9 kg et le port d'une charge de plus de 2 à 5 kg comme mentionné dans votre paragraphe de la question 9.

Lorsque je lis ce paragraphe, j'ai de la peine à m'imaginer quelle profession peut correspondre à un niveau d'activité aussi faible.

Le problème de Monsieur J.\_\_\_\_\_ est dû au fait que ses douleurs sont extrêmement fluctuantes et aléatoires, en intensité et en fréquence. Etant donné qu'il est impossible de dire quand il aura mal, il est difficile de prévoir un horaire quel qu'il soit, et par conséquent une activité quelle qu'elle soit. A noter que ses loisirs en pâtissent aussi et qu'il doit se restreindre en raison de son problème de santé.

En me référant aux limitations fonctionnelles au point 9, en ce qui me concerne, il est difficile de donner des limitations fonctionnelles à respecter, car celles-ci varient constamment. En effet, pendant une période le patient pourra effectuer des travaux légers ne nécessitant pas une position statique trop longue et d'autres fois, sans aucun signe annonciateur, ses douleurs l'obligent à rester couché dans une position antalgique.

Les limitations fonctionnelles sont surtout dues à des cervicalgies et cervicobrachialgies G. Sur le plan psychologique, il me semble difficile pour lui de soutenir une concentration suffisante pour exercer une activité. »

Le 21 décembre 2018, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès de l'Institut suisse de la douleur, a indiqué que l'assuré présentait un tableau douloureux diffus qui trouvait son origine dans l'accident de voiture avec mécanisme du coup de lapin en 1991, qu'il avait développé par la suite des cervico-brachialgies gauches et que le syndrome douloureux s'était élargi avec des céphalées occipitales, des dorsalgies, lombo-sciatalgies et omalgies à gauche.

Dans un rapport du 18 mars 2019 adressé à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches et de lombo-pygalgies gauches, s'estimant pour le surplus ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans un rapport du 24 juillet 2019, la Dre Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré était suivi deux fois par mois par une psychologue-psychothérapeute FSP et une fois par mois par elle-même depuis le 23 février 2019. Elle a posé les diagnostics de « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, avec symptômes somatiques (F33.11), Probable Trouble de la personnalité et du comportement, sans précision (F69) (traits anankastiques ?, émotionnellement labile ?) vs Troubles mixtes de la personnalité (F61.0), Diagnostics somatiques : cf. rapports des précédentes demandes AI du 10.04.2006 et 09.05.2017), Etat de stress post-traumatique (F43.1)(?) » et a attesté une capacité de travail de 50 % depuis février 2019. Concernant les limitations fonctionnelles, la Dre Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que, sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait des troubles dans la gestion des émotions en lien avec les douleurs somatiques et le sentiment d'injustice, une fatigabilité accrue, une irritabilité, un manque de motivation, un léger trouble de l'attention et un perfectionnisme. S'agissant du pronostic, la Dre Y.\_\_\_\_\_ a mentionné que :

« Le pronostic est réservé. La situation psychiatrique et le contexte psychosocial sont extrêmement complexes. Etant donné le lien entre la douleur physique ressentie et les troubles psychiques évoqués, nous estimons que le **trouble dépressif récurrent** est une conséquence des années de souffrances somatiques, par moment non reconnues par le corps médical, mais également par le contexte social du patient. En effet, plus M. J.\_\_\_\_\_ présente de douleurs physiques, plus il aura tendance à perdre l'espoir, à être irritable, à abandonner les activités de plaisir, à avoir une humeur plus négative et à avoir des comportements impulsifs notamment avec le corps médical ou le personnel et celui qui s'occupe de ses parents (médecins, EMS, CMS, etc.).

En parallèle, M. J.\_\_\_\_\_ présente également des traits de personnalité qui se sont manifestement rigidifiés et devenus plus envahissants au cours des dernières années. Cela rend difficile l'amélioration du trouble dépressif récurrent et également la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique.

M. J.\_\_\_\_\_ présente des traits qui parleraient en faveur d'un trouble de la **personnalité anankastique** tel qu'une préoccupation par le détail les règles à l'ordre et l'organisation, un perfectionnisme, un discours recherché, une rigidité. Mais également des traits en faveur d'un trouble de

la **personnalité émotionnellement labile de type impulsif** tel que la difficulté dans la gestion des émotions fortes, des relations intenses et instables et un sentiment de persécution. Nous n'avons pas assez d'éléments pour parler d'un **Etat de stress post-traumatique (F43.1)**, cependant l'accident de voiture de 1991 et les séquelles physiques (douleurs) ont très probablement un poids traumatique pour M. J.\_\_\_\_\_. Il souffre d'un grand sentiment d'injustice face aux conséquences physiques ; le discours peut être très focalisé sur l'accident de 1991 et il peut exprimer une détresse en parlant des faits (tristesse et angoisse). Ainsi, l'ensemble des troubles somatiques et psychiatriques rend difficile la prévision d'une évolution de santé de M. J.\_\_\_\_\_ aujourd'hui. »

Dans son avis du 25 octobre 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la médecine interne, la rhumatologie et la psychiatrie. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a ainsi été confié au Centre A.\_\_\_\_\_, respectivement aux Drs W.\_\_\_\_\_, médecin praticien, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Les experts du Centre A.\_\_\_\_\_ ont vu l'assuré les 5 et 12 février 2020 puis ont déposé un rapport d'évaluation consensuelle le 1<sup>er</sup> avril 2020, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence du 12 février 2020), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. On extrait ce qui suit de l'évaluation consensuelle :

**« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

Diagnostiques avec impact sur la capacité de travail :

- Syndrome fémoro-patellaire du genou droit M22.2
- Névralgie cervico-brachiale gauche C8-D1 sur trouble dégénératif M51.3
- Douleur lombaire sans irradiation sur trouble dégénératif M51.9
- Douleurs d'épaule gauche sur arthropathie acromio-claviculaire M19.98
- Trouble anxieux et dépressif mixte F41.1
- Majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques F68.0
- Traits de personnalité mixte (anxieuse, émotionnellement labile) accentués Z73.1

Diagnostiques sans impact sur la capacité de travail :

- Status après arthroscopie du genou droit et ménisectomie en juillet 2017
- Comitialité (sous forme d'absences) non traitées actuellement
- Rhinite pollinique (graminées)
- Myopie
- Apnées du sommeil

- Hypertension artérielle
- Presbytie
- Hémorroïdes
- Diverticulose colique.

#### **4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Du point de vue rhumatologique, des lésions cervicobrachiales et acromioclaviculaires gauches, des douleurs lombaires et un syndrome fémoropatellaire du genou droit sont incapacitantes dans son activité habituelle de garagiste ou de contrôleur d'incendie nécessitant des ports de charges. Une activité adaptée peut être exercée avec une baisse de rendement de 10%.

Du point de vue psychiatrique, une fragilité psychique présente de longue date est actuellement renforcée par une situation psychosociale difficile, accompagnée de douleurs chroniques.

Limitations fonctionnelles rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité ponctuellement à 15 kg. Pas d'efforts de l'épaule gauche, pas de mouvement bras en l'air ou en avant maintenu. Pas de position à genoux et accroupi, pas de travail en hauteur : échafaudage, échelle, tabouret, escabeau. Changements de position réguliers.

Limitations fonctionnelles psychiatriques : difficulté de gestion du stress et de la pression avec attitude défensive en cas de confrontation. Un emploi stable, sans pression de rendement excessif et sécurité financière serait préférable, partiellement indépendant. Une diminution de rendement de 10 % peut être retenue en raison de la fatigabilité et des difficultés de concentration d'origine multifactorielle (troubles du sommeil liés aux douleurs et à l'apnée ou après un effort psychique soutenu).

#### **4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

L'expertisé a œuvré durant nombre d'années comme indépendant, associé à son père, avec lequel il est encore très lié. De personnalité anxieuse, il a tendance à se surinvestir et craint le rejet, la critique ou la confrontation. Il a tendance à se mettre dans une attitude passive et projective, ce qui rend la mise en place d'un traitement antidépresseur délicate. Il rationalise en craignant l'arrêt respiratoire nocturne et les potentiels autres effets secondaires.

#### **4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

Sur le plan de la médecine interne générale, la situation paraît désormais stabilisée. Il ne semble pas exister de frein à la coopération. Les troubles fonctionnels ont bien été dus à des causes médicales, mais la situation semble actuellement stable.

Il perdure cependant des difficultés d'ordre social extrêmement complexes potentiellement limitantes, au même titre que des difficultés à mobiliser les ressources dont l'évaluation relève de l'expert psychiatre.

L'expertisé a des capacités et des ressources, il a un CFC de mécanicien sur auto et a bénéficié d'une orientation professionnelle lui ayant permis de trouver un poste dans la protection incendie. Il s'occupe de son père tous les jours en lui faisant les courses et à manger. De plus, il gère tous les gestes de la vie quotidienne chez lui.

L'expertisé peut conduire sur de longues distances. Il détient un CFC de mécanicien sur auto et est francophone. Il a pu travailler durant 3 ans dans la protection incendie, après réorientation professionnelle. Il est apte à s'occuper de lui-même et de son quotidien ainsi que de celui de son père pour qui il fait l'approvisionnement et la cuisine presque tous les jours et dont il gère également les affaires administratives complexes. Il agit en tant que tiers aidant ce qui épuise passablement ses ressources physiques et psychiques.

Un potentiel de reprise existe, il reste cependant très sensible à la pression temporelle et de rendement. Une activité stable et partiellement indépendante pourrait potentialiser ses ressources.

#### **4.6. Contrôle de cohérence**

Les incohérences sont nombreuses entre l'importance des plaintes, la faible consommation d'antalgiques, l'examen clinique sans irradiation et sans signes neurologiques et par ailleurs le fait qu'il vive seul et gère la totalité des gestes de la vie quotidienne, aille voir son père tous les jours pour lui faire les courses et à manger et sa mère deux fois par semaine en EMS.

Il y a des incohérences entre l'intensité des plaintes et les activités multiples dont il est capable, notamment la comptabilité complexe des affaires administratives ainsi que les difficultés cognitives et de concentration rapportées.

S'agissant de la médecine interne générale, il n'y a pas de limitations de l'activité professionnelle. En l'occurrence, la situation est comparable dans tous les domaines de la vie aussi bien personnelle que professionnelle. Sur le plan de la médecine interne générale, les thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été dans l'ensemble suivies. Les symptômes et les atteintes nous paraissent cohérents et plausibles.

#### **4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

0% depuis décembre 2016.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

90% soit 100% avec baisse de rendement de 10% depuis février 2017, en accord avec le Dr F.\_\_\_\_\_.

La capacité globale consensuelle est :

0% du 9.3.2016 (date de l'accident du genou) au 31.08.2016, soit 6 semaines après l'arthroscopie.

90% dès septembre 2016 (100% avec baisse de rendement de 10%) jusqu'à maintenant.

90% également du point de vue psychiatrique dès le début 2017.

Capacité de travail de 0% du 10.01.2020 au 04.02.2020 pour cure de hernies.

**4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

La baisse de rendement de 10% est motivée par l'incapacité rhumatologique et psychiatrique qui ne s'additionnent pas..

**4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

Poursuite des antalgiques et de la physiothérapie.

Sur le plan de la médecine interne générale, il n'y a pas de mesures médicales susceptibles d'avoir un impact sur la capacité de travail. Toutefois, la prise d'un traitement anti épileptique, si cela s'avérait nécessaire, aurait un impact favorable sur la capacité de travail.

La poursuite d'un suivi psychiatrique est recommandé. La mise en place d'un traitement antidépresseur serait une démarche favorable, en particulier de Venlafaxine ou Duloxétine qui diminue la symptomatologie anxio dépressive et possiblement la perception de la douleur. L'exigence d'un tel traitement aurait probablement un effet contre-productif. »

Par courrier du 6 avril 2020, l'OAI a adressé au représentant de l'assuré une copie du dossier de ce dernier.

Dans un avis du 8 mai 2020, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise était complète, bien détaillée et convaincante et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

Par décision du 11 mai 2020, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assuré.

**C.** Par acte du 15 juin 2020, J.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son représentant, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à la

réforme de la décision précitée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017 et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour reprise de l'instruction médicale et nouvelle décision. Il a d'abord fait valoir une violation de son droit d'être entendu du moment qu'il n'avait pas pu s'exprimer sur l'expertise du Centre A.\_\_\_\_\_. Ensuite, il a remis en cause la valeur probante de cette expertise au motif qu'elle contenait des erreurs factuelles, était insuffisamment motivée sur de nombreux points, comportait d'importantes contradictions, ignorait des éléments objectivement vérifiables et avait été réalisée par deux experts dont la formation ne permettait pas de se reposer sur leurs connaissances spécialisées. Il a également remis en cause le calcul du revenu sans invalidité en alléguant que c'était le salaire réalisé au sein de G.\_\_\_\_\_ qui devait être retenu comme salaire de valide et qu'il fallait se fonder sur la moyenne des revenus réalisés compte tenu du fait que son salaire était variable. A l'appui de son recours étaient joints les documents suivants :

- un rapport du 11 mai 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie ;

- un rapport du 9 juin 2020 du Dr L.\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail du recourant était de 0 %, en se basant sur son dernier poste mais que dans une activité adaptée il pourrait avoir une capacité de travail ;

- des rapports des 28 février et 23 avril 2020 de la Dre Y.\_\_\_\_\_ et de la psychologue-psychothérapeute FSP A.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics de « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, avec symptômes somatiques (F33.11), Probable Trouble de la personnalité et du comportement, sans précision (F69) (traits anankastiques ?, émotionnellement labile ?) vs Troubles mixtes de la personnalité (F61.0), Etat de stress post-traumatique (F43.1) » et attestant une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans sa réponse du 20 août 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée en relevant qu'une copie du dossier avait été transmise au représentant du recourant par courrier du 2 avril 2020, soit plus d'un mois avant la décision litigieuse.

Répliquant le 25 septembre 2020, le recourant a fait valoir qu'aucun délai ne lui avait été accordé pour se déterminer sur la valeur probante de l'expertise, ni qu'aucun préavis ne lui avait donné avant que la décision de l'intimé ne soit rendue. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2020 dont il a demandé le remboursement des coûts par 1'378 fr. 60 par le biais des dépens mis à la charge de l'intimé.

Par duplique du 15 octobre 2020, l'intimé a relevé que rien n'empêchait le recourant de demander un délai supplémentaire pour produire de nouveaux rapports avant qu'une décision ne soit rendue. Il a produit un avis SMR du 7 octobre 2020.

Le recourant s'est encore exprimé par déterminations complémentaires du 2 novembre 2020 et a produit un rapport du 31 octobre 2020 du Dr N. \_\_\_\_\_ dont il a demandé le remboursement des frais par 636 fr. 30 par courrier du 16 novembre 2020.

Les parties se sont encore exprimées par écritures des 24 novembre 2020 et 5 janvier 2021.

Par courrier du 29 janvier 2024, la juge instructrice a interpellé la représentante du recourant pour savoir si elle entendait maintenir sa requête tendant à l'audition de celui-ci et à la mise en œuvre de débats publics. Quant à la demande de renseignement sur la composition de la Cour de céans avant la notification de l'arrêt, la juge instructrice a indiqué, par courrier du 11 mars 2024, que la Cour serait composée de M. Oulevey et de Mme Gauron-Carlin.

**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 le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 14 mai 2013.

**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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date, à savoir le 11 mai 2020.

**3.** Sur le plan formel, le recourant a fait valoir qu'aucun préavis ne lui avait été donné avant que la décision de l'intimé ne soit rendue, ni aucun délai pour se déterminer sur l'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2020 du Centre A.\_\_\_\_\_.

**a)** L'art. 57a LAI prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (première phrase). L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (deuxième phrase).

En l'espèce, force est de constater que l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 30 août 2018, sur lequel l'intéressé a eu l'occasion de se déterminer (cf. courrier de l'assuré du 31 octobre 2018). Ce faisant, l'office a donc satisfait à la procédure visée par l'art. 57a LAI, quoi qu'en dise le recourant. Sous cet angle, le grief formulé n'est donc pas fondé.

**b) aa)** S'agissant du reproche formulé par le recourant quant à l'absence de délai pour se déterminer sur l'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2020, ce grief se rapporte à la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu. Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

**bb)** En l'espèce, une copie du dossier a été transmise au représentant du recourant par courrier du 6 avril 2020, soit plus d'un mois avant que la décision du 11 mai 2020 ne soit rendue. Il était ainsi tout à fait loisible au conseil de se déterminer ou de demander à le faire. Cela étant, le recourant s'est largement exprimé sur l'expertise pendant la procédure de recours devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée). Sur ce plan, la violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction et le grief du recourant rejeté.

**4. 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)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré

d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** 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. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**d)** 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 assécurologique. 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).

**e)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**f) aa)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

**bb)** 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).

**cc)** 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 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).

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 (inévitabile) 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).

**6.** A titre liminaire, il convient de traiter le grief du recourant s'agissant des compétences des experts W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ qu'il remet en cause du fait de leur formation médicale française. Selon lui, ce cursus n'offrirait pas de formation relative à la notion d'invalidité du droit suisse.

En l'occurrence, le Dr W.\_\_\_\_\_ a obtenu les titres de médecin puis de médecin praticien en France. Ces titres ont tous deux été reconnus en Suisse en 2016 et 2019, selon le Registre des professions médicales. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a quant à lui obtenu le titre de médecin, puis le titre de spécialiste en rhumatologie en France, titres qui ont été reconnus en Suisse en 2016. Leurs compétences professionnelles ont ainsi été reconnues en Suisse, et conformément à la jurisprudence, le seul fait que ces médecins aient effectué leur cursus à l'étranger n'affecte pas la valeur probante de leurs avis, une formation spécialisée pouvant également être effectuée à l'étranger (TF 8C\_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées). En outre, ils disposent d'une autorisation de pratiquer en Suisse. Les critiques du recourant sur ce point tombent donc à faux.

**7.** Ensuite, on constatera que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 7 avril 2017 par le recourant.

Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 14 mai 2013 entrée en force et la décision litigieuse du 11 mai 2020, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** La décision de refus de prestations du 14 mai 2013 s'était notamment fondée sur un rapport final du 22 novembre 2012 et des avis du SMR des 19 octobre 2007 et 9 février 2012 qui concluaient à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 30 % et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 2 août 2004 avec une baisse de rendement de 10 %, ainsi que sur l'examen clinique rhumato-psychiatrique effectué le 1<sup>er</sup> octobre 2007 par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ qui avaient posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies communes (M54.9) et constaté une situation psychosociale difficile (Z60.8). La décision de refus n'a pas fait l'objet d'un recours et elle est entrée en force.

**b)** Le recourant a déposé une seconde demande de prestations le 7 avril 2017 en faisant valoir une aggravation de son état de santé notamment en lien avec des problèmes de dos, d'épaule gauche, aux bras et à la nuque et des migraines. En se basant sur les rapports des Drs R. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 1<sup>er</sup> mars, 21 avril et 18 juillet 2017), F. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 14 et 20 février et 27 avril 2017) et L. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 28 février et 9 mai 2017), le SMR a conclu que le recourant présentait une aggravation de son état de santé en lien avec l'atteinte du membre supérieur gauche justifiant des limitations fonctionnelles durables mais sans atteinte incapacitante sur le plan psychique (cf. avis du 16 mai 2018). Suivant l'avis du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision le 30 août 2018 dans lequel il a retenu que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle était cependant totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 % depuis le mois de février 2017. Le recourant a contesté ce projet de décision et a présenté un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2018 dont le SMR a estimé qu'il n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'OAI (cf. avis du 23 novembre 2018).

A la suite des différents rapports produits, notamment ceux du Dr L. \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2018, du Dr T. \_\_\_\_\_ des 21 décembre 2018 et 18 mars 2019 et de la Dre Y. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie (cf. avis du 25 octobre 2019). Les experts du Centre A. \_\_\_\_\_ ont rendu un rapport le 1<sup>er</sup> avril 2020 qui a servi de fondement à l'intimé pour rendre sa décision du 11 mai 2020. S'il est constant que le recourant ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis le mois de décembre 2016, ce qu'il n'a d'ailleurs pas contesté, il a cependant remis en cause la valeur probante de cette expertise s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée fixée à 90 % (à savoir 100 % avec une baisse de rendement de 10 %), celle-ci devant être fixée, selon lui, à 50 % maximum.

Ainsi, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Centre A. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2020 à l'égard duquel le recourant a formulé un certain nombre de critiques relatives à des motifs internes à l'expertise.

**aa)** Le recourant a notamment fait valoir que l'expertise comportait de nombreuses erreurs, notamment que la date de son accident n'était pas le 1<sup>er</sup> juillet 1991 mais le 6 avril 1991, qu'il avait été licencié le 6 mars 2017 avec effet au 6 juin 2017 et non en décembre 2016, qu'une capacité de conduite sur de longues distances avait été retenue à tort ainsi qu'une aide apportée à son père plus étendue qu'elle ne l'était en réalité et qu'enfin il n'avait pas contesté le projet de décision du 30 août 2018 pour des raisons psychologiques mais somatiques. On peut déjà relever le fait que le recourant s'est rendu en voiture aux examens cliniques, soit un trajet de presque une heure sans que cela n'engendre de problème (cf. pp. 11 et 28 de l'expertise). Ensuite, les autres points signalés par le recourant concernant des détails qui ne sont pas susceptibles d'avoir un impact sur le résultat de l'examen, le recourant n'exposant pour le surplus pas en quoi les inexactitudes mentionnées auraient amené les experts à prendre des conclusions

erronées sur le plan médical. Aussi, ces critiques ne sauraient remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2020 qui satisfait en outre, sur le plan formel, aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents, ce que le SMR a du reste constaté dans son avis du 8 mai 2020. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 12 février 2020 en présence de tous les experts qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical du recourant, lequel a été intégralement examiné et complété par des analyses sanguines, dont ils ont joint les résultats à leur rapport. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une anamnèse étendue établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant qu'ils ont notamment interrogé sur ses antécédents médicaux, ses plaintes et ses habitudes de vie (activités quotidiennes ou déroulement d'une journée habituelle) (ch. 3). Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médicale-assurantielle, incluant une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés du recourant (ch. 7) avant de répondre aux questions du mandant (ch. 8).

**bb)** Le recourant a encore fait état d'un manque de motivation de l'expertise, de l'existence d'importantes contradictions et de l'absence d'éléments importants. S'agissant de l'expertise de médecine interne, il a d'abord fait valoir que l'examen clinique avait été réalisé le 5 février 2020, soit après avoir été alité pendant un mois à la suite d'une opération pour des hernies réalisées le 10 janvier 2020. On ne voit pas en quoi cette période d'alitement aurait pu avoir une influence sur l'examen clinique, ce que le recourant n'a par ailleurs pas démontré, se contentant d'indiquer qu'il n'était pas « exclu » que les constatations cliniques aient été influencées par cette période. Ensuite, le recourant a allégué que le Dr

W.\_\_\_\_\_ n'avait pas motivé les raisons pour lesquelles il avait omis de retenir les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire du genou droit, de névralgie cervico-brachiale gauche C8-D1 sur trouble dégénératif, de douleur lombaire sans irradiation sur trouble dégénératif et les douleurs d'épaule gauche sur arthropathie acromio-claviculaire. Or, il faut constater que ces diagnostics ont été retenus par l'expert rhumatologue (cf. p. 30 du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2020). Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'ayant posé aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, c'est ainsi à juste titre qu'il a retenu qu'il n'y avait pas de pathologie pouvant retentir sur la capacité de travail et que celle-ci était totale dans tous les types d'activité, hormis lors des opérations de parathyroïde (du 10 au 24 octobre 2011) et d'hernies (du 10 janvier au 4 février 2020). Quant à l'expert rhumatologue, il a retenu les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire du genou droit, de névralgie cervico-brachiale gauche C8-D1 sur trouble dégénératif, de douleur lombaire sans irradiation sur trouble dégénératif et de douleurs d'épaule gauche sur arthropathie acromio-claviculaire. Pour cet expert, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2016 et de 90 % dans une activité adaptée dès septembre 2016, à l'exception d'une période allant du 9 mars 2016 (date de l'accident du genou) au 31 août 2016 (six semaines après l'arthroscopie).

**cc)** Le recourant a encore allégué que l'expertise réalisée par l'experte M.\_\_\_\_\_ ne respectait pas les exigences imposées par la jurisprudence dès lors qu'elle n'utilisait pas la grille normative et structurée de l'ATF 141 V 281 et ne se déterminait pas au moyen des indicateurs déterminants.

Il y a cependant lieu de constater que l'experte M.\_\_\_\_\_ a examiné à satisfaction de droit les indicateurs idoines dans l'expertise. En effet, elle a évalué les évolutions des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison, la cohérence et la plausibilité ainsi que les capacités, ressources et difficultés du recourant (p. 14 de l'expertise). Afin d'apprécier la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents

domaines de la vie, elle a également recueilli le déroulement d'une journée type du recourant et son anamnèse sociale (pp. 10 et 11 de l'expertise).

On relèvera ici que le rapport d'expertise de la Dre M. \_\_\_\_\_ n'est pas remis en cause par les rapports des 24 juillet 2019, 28 février et 23 avril 2020 de la Dre Y. \_\_\_\_\_. En effet, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a expliqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent qu'elle avait retenu était une conséquence des années de souffrance somatiques, ce que l'experte M. \_\_\_\_\_ a également relevé en retenant le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte présent sous forme chronicisée depuis 2017 à la suite de l'accumulation de plusieurs problèmes (p. 12 de l'expertise). Si la Dre Y. \_\_\_\_\_ a exposé que le recourant présentait des traits qui parleraient en faveur d'un trouble de la personnalité anankastique, elle a également indiqué qu'il présentait des traits en faveur d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif ce que l'experte M. \_\_\_\_\_ a aussi retenu. Enfin, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a indiqué ne pas avoir assez d'éléments pour parler d'un état de stress post-traumatique ce qu'a confirmé l'experte M. \_\_\_\_\_ (p. 12 de l'expertise). On relèvera d'ailleurs que la Dre Y. \_\_\_\_\_ a confirmé partager les diagnostics de l'experte dans son rapport du 23 avril 2020. S'agissant de la capacité de travail, si la Dre Y. \_\_\_\_\_ a indiqué une capacité de 50 %, elle a toutefois précisé que le recourant pouvait avoir une capacité allant de 20 % à 100 % en fonction de la semaine (cf. rapports des 24 juillet 2019 et 28 février 2020). En outre, l'aggravation évoquée par la Dre Y. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 février 2020 n'est ni étayée médicalement ni détaillée. Au vu du diagnostic d'amplification des symptômes retenus par les experts dans leur expertise du 1<sup>er</sup> avril 2020, il est d'autant plus important d'obtenir des données objectives pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant ce que la Dre Y. \_\_\_\_\_ n'a en l'occurrence pas établi, se contentant de mentionner que le recourant avait tendance à rester plus longtemps alité, à pratiquer moins d'activités occupationnelles ou d'avoir moins de contacts sociaux. Enfin, on relèvera que la Dre Y. \_\_\_\_\_ a indiqué partager l'avis de l'experte M. \_\_\_\_\_ quant aux limitations fonctionnelles du recourant.

**c)** Le recourant a également fait valoir que les conclusions des experts étaient contredites par l'appréciation de divers autres médecins.

On relèvera en premier lieu que les diagnostics de cervico-brachialgies et de douleurs du rachis posés par le Prof. P. \_\_\_\_\_ et les Drs F. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 6 décembre 2016, 14 février, 20 février, 21 avril, 27 avril et 9 mai 2017, 10 octobre, 5 et 21 décembre 2018 et 18 mars 2019) avaient déjà été posés par les Drs V. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ainsi que par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ du SMR et la Dre X. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 14 avril 1997, 5 avril et 12 août 2004, 10 avril 2006, 26 juillet 2006, 1<sup>er</sup> octobre 2007 et 31 janvier 2012), de sorte qu'ils avaient déjà été examinés dans le cadre de la première demande sans qu'il faille y revenir dans le cadre de la présente procédure. Il ne ressort en outre pas des rapports produits dans le cadre de la seconde demande de prestations d'avril 2017 une quelconque notion de péjoration de la symptomatologie, ce qui est d'ailleurs confirmé par le Dr L. \_\_\_\_\_ qui a indiqué que le recourant se plaignait comme d'habitude et depuis de nombreuses années de cervico-brachialgies, de dorsalgies et de céphalées (cf. rapports des 10 octobre et 5 décembre 2018) et que la situation du recourant en 2018 était déjà décrite en 2006 (cf. rapport du 10 octobre 2018). Ainsi, on ne saurait retenir une quelconque aggravation de l'état de santé du recourant en lien avec ses douleurs à la nuque et au rachis. A cet égard, on relèvera que différents médecins ont relevé une origine à ces douleurs dans l'accident de voiture de 1991 (cf. rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ du 5 avril 1994, de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2012, du Dr T. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2018 et de la Dre Y. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2019), confirmant par-là l'ancienneté des plaintes du recourant.

Ensuite, si une aggravation a été reconnue par le SMR dans son avis du 16 mai 2018 en lien avec une atteinte du membre supérieur gauche, à savoir le diagnostic de tendinopathie du supra-épineux gauche et du long chef du biceps posé par les Drs R. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 28 février, 1<sup>er</sup> mars, 21 avril, 9 mai 2017, 10 octobre et 5

décembre 2018), encore faut-il que cette aggravation soit susceptible d'influencer la capacité de gain et le droit aux prestations du recourant. Or, le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant était totalement apte au travail dans une activité adaptée (cf. rapports des 1<sup>er</sup> mars et 21 avril 2017), ce que le Dr L.\_\_\_\_\_ a également confirmé dans son rapport du 9 mai 2017 avant d'indiquer ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail au vu du caractère très fluctuant et aléatoire des douleurs du recourant. Outre le fait que l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ doit être pris en considération avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance, il faut également relever un aspect subjectif prédominant, le Dr L.\_\_\_\_\_ ayant indiqué que son rapport était basé sur les affirmations du recourant (cf. rapport du 10 décembre 2018). A cet égard, on notera que les experts ont relevé des incohérences en lien avec l'importance et l'intensité des plaintes du recourant et qu'ils ont d'ailleurs retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, ce que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait déjà relevé dans son rapport du 26 juillet 2006.

En outre, les rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure de recours, s'ils peuvent être pris en compte du moment qu'ils se rapportent à la situation prévalant au moment de la décision de l'OAI (cf. consid. 4e), ne sont pas suffisants pour jeter le doute sur les conclusions des experts. En effet, le rapport du 11 mai 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_ a trait à des problématiques déjà connues avant la décision de 2013, notamment les céphalées, et ne comporte aucune indication sur la capacité de travail du recourant. Quant au rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 9 juin 2020, il a indiqué que le recourant pourrait avoir une capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ des 31 juillet et 31 octobre 2020, ils ne font pas état d'éléments nouveaux ou qui auraient été ignorés des experts dans le cadre de leur appréciation. En effet, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu des diagnostics correspondant globalement à ceux retenus par les experts et les différents intervenant au dossier à l'exception du diagnostic de défilé thoraco-brachial (TOS). Or, on relèvera que seul le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé ce diagnostic sans toutefois détailler, ni étayer son appréciation se contentant d'indiquer que l'absence d'un tel diagnostic tiendrait à la spécialité respective des

médecins consultés ou à une carence dans la formation médicale du Dr S.\_\_\_\_\_. Ensuite, le Dr N.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'essentiel de la symptomatologie actuelle était à mettre sur le compte du traumatisme de 1991. Or, comme déjà indiqué, cette symptomatologie a déjà été prise en compte lors de la décision du 14 mai 2013 et ne saurait être examinée dans le cadre de la présente procédure. Enfin, l'argument du Dr N.\_\_\_\_\_ selon lequel la situation psychosociale du recourant étant relativement simple, on ne pourrait mettre ses activités personnelles en parallèle d'une activité professionnelle exigeante ne convainc pas dans la mesure où différents intervenants ont fait état d'un contexte psychosocial compliqué (cf. rapport du 3 octobre 2017, rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2018, rapport de la Dre Y.\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2019 et avis du SMR du 25 octobre 2019).

**d)** Ainsi, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du Centre A.\_\_\_\_\_, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique et psychiatrique présentées par le recourant avec une baisse de rendement de 10 %.

**8.** Cela étant constaté, il s'agit ensuite de déterminer le degré d'invalidité du recourant. Le recourant a contesté tant le revenu d'invalidé que le revenu de valide. Pour le revenu d'invalidé, s'il n'a pas contesté la prise en compte des salaires statistiques ESS, il a cependant fait valoir que celui-ci devait être fixé en prenant en compte le revenu réalisable dans une activité industrielle légère telle que le commerce et la réparation d'automobiles sans fonction de cadre pour un homme, à savoir un montant de 5'994 fr. et non de 5'357 fr. comme retenu par l'OAI, montant qui devait en outre être reporté au taux de 50 % avec un abattement de 10 %. Concernant le revenu de valide, le recourant a allégué que devait être pris en compte le salaire qu'il gagnait lorsqu'il travaillait chez G.\_\_\_\_\_ en prenant la moyenne des salaires réalisés de 2013 à 2016.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**aa)** Dans le cas d'un travailleur indépendant, le revenu sans invalidité est déterminé en tenant compte de l'évolution de l'activité que l'assuré aurait exercée sans l'atteinte à la santé, eu égard à ses compétences professionnelles et personnelles, au type d'activité, à la situation économique et au développement de l'entreprise. Les revenus ou les résultats d'exploitation moyens d'entreprises semblables peuvent servir de base pour évaluer le revenu hypothétique (TF 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3 et les références citées). On peut aussi se référer aux revenus figurant sur l'extrait du compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants (TF 9C\_153/2020 du 9 octobre 2020 consid. 2 ; 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.2.2).

**bb)** Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 16).

Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le

système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (TF 9C\_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; TF 9C\_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

**b)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un

éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**c) aa)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence

admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**9.**           **a)** Pour le revenu sans invalidité, l'OAI a pris en compte le revenu déterminé par l'enquête économique du 20 mai 2008 indexé à 2017, ce que le recourant a contesté, faisant valoir que c'était le salaire gagné chez G.\_\_\_\_\_ qui devait être retenu.

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prendre en compte les revenus réalisés chez G.\_\_\_\_\_ du moment que le recourant n'aurait jamais exercé cette activité s'il avait pu continuer son activité de garagiste. Or, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 ; en relation avec la question d'une formation professionnelle entreprise ultérieurement par l'assuré, cf. TF 9C\_221/2014 du 28 août 2014 et TF 8C\_311/2012 du 10 mai 2013).

Cela ne signifie toutefois pas encore qu'il faille suivre l'OAI lorsqu'il se réfère à l'enquête économique réalisée en 2008. En effet, le document du 20 mai 2008 indique que l'hypothèse de calcul, à savoir un revenu sans invalidité brut d'un montant de 27'804 fr. (valeur 2003), devait être vérifiée par le spécialiste en réadaptation. Or, ce spécialiste a, dans son rapport du 26 juin 2008, indiqué un salaire annuel de 22'000 fr. pour l'année 2003. Dès lors que le revenu réalisé par le recourant en tant que garagiste indépendant n'a pas été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne saurait par conséquent fonder le calcul du revenu de valide sur le montant retenu en 2008. Dans ces conditions, le recours aux données statistiques de l'ESS n'apparaît pas

critiquable. Le salaire statistique de la branche « commerce de gros ; comm. et rép. d'automobiles » correspondait, en 2016, à 5'570 fr. par mois, pour une moyenne d'heures de travail hebdomadaires de 40 heures (cf. ESS 2016, TA1\_skill-level, branches 45-46, hommes, niveau de compétences 2). Dans le cas d'espèce, il convient de prendre en compte un niveau de compétence 2, le recourant étant titulaire d'un CFC de mécanicien automobile et ayant été garagiste indépendant pendant de longues années (cf. TF 9C\_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Il faut encore adapter ce montant à l'horaire de travail usuel (41,7 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine) et indexer l'ESS 2016 à l'année 2017 (+ 0,4 %). Une fois ces adaptations faites, le revenu sans invalidité du recourant s'élève en 2017 à 69'959 fr. 42  $\left( \left[ \frac{5'570 \text{ fr.} \times 41,7}{40} \right] \times 12 ; + 0,4 \% \right)$ .

**b)** S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a, dans son calcul du salaire exigible du 7 août 2018, pris en compte un montant de 5'357 fr. tout en se référant au TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, pour l'année 2016. Quant au recourant, il a mentionné un montant de 5'994 fr. en indiquant qu'il fallait retenir le revenu réalisable dans une activité industrielle légère telle que le commerce et la réparation automobile. En l'occurrence, tant l'OAI que le recourant se sont référés à des montants erronés. En effet, le total pour les hommes du TA1\_skill\_level niveau de compétence 1 pour l'année 2016 se monte à 5'340 fr., et non à 5'357 fr. comme indiqué par l'OAI. Quant au recourant, le montant de 5'994 fr. correspond au salaire statistique de la branche 5-9 « industries extractives » (TA1\_skill\_level de l'ESS 2016, n° 5-9, niveau de compétence 2). Il convient, dans le cas d'espèce, de retenir la base statistique correspondant au total pour les hommes du tableau TA1\_skill\_level 2016, niveau de compétence 1, à savoir un montant de 5'340 francs. Il faut encore adapter ce montant à l'horaire de travail usuel (41,7 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine) et indexer l'ESS 2016 à l'année 2017 (+ 0,4 %). Une fois ces adaptations faites, le revenu avec invalidité du recourant s'élève en 2017 à 67'070 fr. 60

$[(5'340 \times 41,7)/40] \times 12 ; + 0,4 \%$ ). Il convient enfin de tenir compte d'une baisse de rendement de 10 % ainsi que d'une réduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles pour un revenu avec invalidité de 54'327 fr. 20.

**c)** La comparaison d'un revenu d'invalidé de 54'327 fr. 20 à un revenu sans invalidité de 69'959 fr. 42 aboutit à un degré d'invalidité de 22,34 %. Dans ces conditions, l'intimé était autorisé à refuser au recourant le droit à une rente d'invalidité, le seuil minimum de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI n'étant pas atteint.

On relèvera encore que même si le taux d'invalidité du recourant atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce, dès lors que le recourant a déjà été mis au bénéfice d'une telle mesure, sans succès. En revanche, il peut solliciter la reprise de l'aide au placement qui lui avait été accordée par décision du 5 octobre 2018 puis suspendue par l'OAI (cf. note interne du 30 novembre 2018).

**10.** S'agissant des requêtes du recourant tendant à son audition et à la mise en œuvre de débats publics, il y a lieu de constater que ce dernier y a renoncé par courrier de sa mandataire du 29 janvier 2024. Quant à sa demande de renseignement sur la composition de la Cour de céans, la juge instructrice y a fait suite par courrier du 11 mars 2024.

**11. a)** Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement des rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ des 31 juillet et 31 octobre 2020 s'élevant à 1'378 fr .60 et 636 fr. 30.

**b)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées

ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 9C\_619/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6.2 ; 8C\_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

**c)** En l'occurrence, les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ n'ont, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'office intimé. Dès lors que ces rapports n'étaient pas indispensables à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'office intimé.

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

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

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

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

**I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 11 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marine Girardin (pour J.\_\_\_\_\_)
- 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 :