

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2022

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Peter et Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

A.C. _____, à [...], recourant, représenté par **B.C.** _____, à [...],
et

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

Art. 16, 17 al. 1 LPGA ; 28 LAI et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. A.C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], marié et père de deux enfants, sans formation professionnelle reconnue, s'était formé « sur le tas » au métier de serrurier auprès de proches dans son pays d'origine. Il est arrivé en Suisse en [...], et a travaillé comme aide-rotativiste au E._____ SA dès novembre 1990, avant d'être licencié au 31 mars 2002 en raison de ses fréquentes absences pour cause de maladie. A l'appui de ce licenciement, l'employeur a relevé qu'il n'était pas possible de lui trouver un poste sans port de charges ni sollicitation du dos, tel que formulé par son médecin traitant. Son salaire s'élevait à 4'714 fr. pour l'année 2002, servi treize fois l'an.

a) L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 7 juin 2002. Il a sollicité l'octroi d'un reclassement professionnel, subsidiairement d'une rente. Il a fait état de problèmes de dos, en particulier de la colonne vertébrale, ainsi que de troubles dépressifs, depuis le mois d'octobre 2000.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli un rapport du 8 juillet 2002 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré. Ce dernier a indiqué que l'assuré présentait des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, de douleurs paravertébrales lombaires d'origine inconnue depuis 2000, un canal lombaire étroit révélé par une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) en mars 2001, et un état dépressif pour lequel il était suivi depuis l'automne 2001. Le Dr V._____ avait attesté une incapacité de travail totale de l'assuré depuis octobre 2000, avec toutefois des reprises d'activité à un taux réduit à 50 % entre novembre 2000 et septembre 2001. Dans un rapport du 27 janvier 2003, le Dr V._____ a indiqué que l'atteinte psychologique empêchait en l'état une éventuelle reprise d'un travail léger, même à temps partiel.

Le 29 juin 2004, l'assuré s'est soumis à un examen clinique bi-disciplinaire en médecine physique et psychiatrique, auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Les deux médecins en charge de l'examen concluaient consensuellement dans leur rapport du 20 juillet 2004 à une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle depuis mai 2001, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus étaient en substance des lombosciatalgies chroniques et des cervicobrachialgies, du côté droit. Aucun diagnostic psychiatrique influençant la capacité de travail n'avait été retenu.

Par avis médical du 19 août 2004, le SMR a préconisé la mise en place rapide de mesures professionnelles. L'assuré a participé à un stage d'observation professionnelle dans les ateliers d'un centre de réadaptation professionnelle, ainsi qu'à un début de stage en entreprise, qu'il a interrompu pour des raisons de santé. Le rapport final relevait que l'assuré ne s'était pas pleinement engagé dans la mesure, et concluait à la possibilité de réadapter l'assuré dans une activité ne nécessitant pas de forte sollicitation du membre supérieur droit, la position assise convenant mieux que la position debout.

Par décision du 18 janvier 2007, confirmant un projet préalable, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation professionnelle. Malgré la présence d'une atteinte somatique, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, selon l'examen et les avis médicaux du SMR, ainsi que selon les conclusions du rapport du stage d'observation. Vu la comparaison de son revenu d'avant la survenance de l'atteinte à la santé avec celui d'après ladite survenance (calculé de manière statistique, avec un taux d'abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles), il subissait un préjudice économique de 16,27 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou des mesures de reclassement professionnel.

b) L'assuré a formé recours à l'encontre de la décision précitée.

Par arrêt du 24 janvier 2008 (sous référence AI 68/07 - 16/2008), le Tribunal des assurances du Tribunal cantonal a constaté que le rapport d'examen du SMR était signé notamment de la Dre Y._____, qui se prévalait du titre de psychiatre FMH alors qu'elle n'était à ce moment-là ni au bénéfice de ce titre ni d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal vaudois (cf. TF I 65/07 du 31 août 2007 concernant la même médecin). Ces irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dre Y._____ et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Le Tribunal des assurances a considéré que ledit rapport d'examen ne présentait pas une valeur probante suffisante. Il a admis le recours de l'assuré, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à l'OAI pour nouvelle instruction, comprenant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, et nouvelle décision.

c) L'OAI a repris l'instruction du dossier et convoqué l'assuré à une expertise auprès du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expertise psychiatrique a été réalisée le 18 août 2008. Dans son rapport rédigé le 18 octobre suivant, le Dr L._____ n'a retenu aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique à la santé, affectant ou non la capacité de travail.

Par projet de décision du 17 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier son droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et son degré d'invalidité s'élevait à 16,27 %, ce qui n'ouvrait pas le droit aux prestations. L'assuré, alors représenté par Me Marc-Antoine Aubert, a formulé des objections à ce projet de décision et produit plusieurs rapports médicaux. Il a notamment produit un rapport de deux spécialistes en neurochirurgie du Centre hospitalier Q._____, les Drs B._____ et M._____, qui écrivaient ce qui suit au Dr V._____, le 24 avril 2009 :

« Monsieur A.C._____ souffre donc dans le cadre de lombocruralgies chroniques de lâchages du membre inférieur droit

et d'une claudication neurogène que l'on peut mettre en relation avec le canal lombaire constitutivement étroit en L3-L4 probablement décompensé par une protrusion discale à ce niveau là. On note également sur l'IRM une empreinte discale au niveau foraminaux L3 à droite corrélant bien avec la clinique ».

Par avis médical du 26 octobre 2009, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un nouvel examen rhumatologique, compte tenu de faits médicaux nouveaux survenus depuis le dernier examen clinique réalisé.

Par rapport établi le 24 décembre 2009, les Drs P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et I._____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, ont conclu, après avoir effectué un examen clinique rhumatologique de l'assuré le 16 novembre 2009, à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le mois de mai 2001. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré avait été entière de mai 2001 à l'été 2008, et de 70 % dès lors. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus étaient des lombosciatalgies droites, dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif avec discopathies protrusives, d'un canal légèrement rétréci de façon constitutionnelle au niveau des vertèbres L3-L4, et d'une arthrose postérieure ; ainsi que des scapulo-brachialgies droites avec limitations fonctionnelles probablement dans le cadre de modifications dégénératives cervicales avec hernie discale C5-C6 gauche et protrusion C6-C7 à prédominance droite et dysbalances musculaires. Les médecins mentionnaient une boiterie du côté droit. Ils ont relevé l'attitude démonstrative et peu collaborante de l'assuré, ainsi que des discordances entre ses plaintes et leurs observations, avec quasiment tous les signes comportementaux présents. Il était toutefois possible d'objectiver une atteinte structurelle lombaire qui évoluait depuis 2004. L'examen clinique et les radiographies montraient une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis le dernier examen clinique du SMR, qui pouvait être datée à l'été ou l'automne 2008 et qui avait motivé des investigations supplémentaires, lesquelles avaient révélé la décompensation du canal rachidien étroit congénital, sans indication chirurgicale en l'état. Ces nouveaux éléments justifiaient une diminution de la capacité de travail de 30 % due à la nécessité de changer

régulièrement de position et aux difficultés de déplacement que l'assuré décrivait.

L'assuré a participé à une mesure d'orientation professionnelle, prévue pour une durée de trois mois, à l'automne 2010. Cette mesure a été interrompue en raison des plaintes de l'assuré, relatives à une aggravation de ses douleurs, qui entravaient la construction du projet de réorientation. Après avoir obtenu un nouveau rapport médical ainsi que l'accord de l'assuré, l'OAI a mis en place une nouvelle mesure d'orientation professionnelle de trois mois dès février 2012, auprès du même établissement. Les intervenants de la mesure ont conclu leur rapport final en indiquant que l'attitude de l'assuré restait pratiquement inchangée et qu'il ne pouvait probablement pas s'engager en l'état vers un retour à une activité rémunérée, sa maladie prenant le dessus et l'empêchant de construire, même virtuellement, un projet réaliste visant une éventuelle intégration professionnelle.

Par décision du 25 octobre 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Ce faisant, il a confirmé son projet de décision du 30 juillet 2012, que l'assuré avait contesté par l'intermédiaire de son conseil, faisant valoir en substance une nouvelle aggravation de son état de santé sur le plan somatique. Selon un avis du SMR du 3 octobre 2013, l'aggravation alléguée n'avait pas été établie médicalement, au vu des rapports au dossier. L'OAI avait accordé plusieurs délais à l'assuré pour produire de nouveaux rapports médicaux, notamment du Service de rhumatologie du Centre hospitalier Q._____ (ci-après :Centre hospitalier Q._____). Sur le plan économique, compte tenu de l'échec des mesures d'orientation professionnelle, le revenu de l'assuré avec invalidité avait été établi sur une base théorique, dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux d'occupation de 70 %. La comparaison de ce revenu, compte tenu d'un taux d'abattement de 10 %, avec celui qu'il réalisait avant la survenance de son invalidité, aboutissait à un degré d'invalidité de 37 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

d) L'assuré a formé recours à l'encontre de cette décision, par acte déposé sous la plume de son conseil le 27 novembre 2013, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il concluait principalement à l'annulation de la décision, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et subsidiairement à la réforme en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité lui était octroyé à compter du 1^{er} juin 2008. Il critiquait dans un premier moyen le taux d'abattement, qui aurait dû être de 15 % selon lui. Dans un deuxième moyen, l'assuré faisait valoir l'aggravation de son état de santé physique, attestée par un rapport produit avec le recours, établi le 22 avril 2013 par la Dre S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier Q._____. Cette médecin retenait les diagnostics probables d'hémisindrome algofonctionnel droit et de lésions dégénératives du rachis cervical et lombaire avec canal cervical rétréci en C4-C5, C5-C6 et au niveau L3-L4 et L4-L5. Selon la Dre S._____, l'imagerie expliquait sans aucun doute une partie de la symptomatologie douloureuse chez l'assuré, qui lui paraissait avoir un comportement psychologique susceptible d'entretenir ou d'augmenter le ressenti douloureux. Le conflit familial (soit les difficultés de couple rapportées par l'épouse), le conflit asséculoologique et l'inactivité professionnelle depuis plus de dix ans étaient des facteurs de risque majeur qui s'opposaient au processus d'amélioration. Il était illusoire pour la Dre S._____ de proposer d'autres traitements qu'une thérapie comportementale. Dans un dernier grief, l'assuré se prévalait de l'obsolescence des rapports psychiatriques au dossier, qui ne permettaient plus d'établir une appréciation valable de son état de santé psychique. Il requérait l'audition de son épouse, ainsi que l'interpellation de son psychologue traitant, et le cas échéant la mise en œuvre subséquente d'une expertise pluridisciplinaire. Lors de l'échange d'écritures, l'assuré a produit un rapport médical d'une consultation en urgence en milieu hospitalier en raison de douleurs du rachis, indiquant un diagnostic de lombosciatalgies non déficitaires associées à des troubles fonctionnels. Il a également produit un rapport signé le 13 mai 2014 par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui exposait l'absence de demande précise relative au suivi psychothérapeutique entrepris en

novembre 2013. Le Dr X._____ relevait également l'absence de diagnostic psychiatrique primaire, dans une situation psychologique tendue avec un contexte assécurologique assez dense. Le mandat psychothérapeutique devait être clarifié par la suite.

Par arrêt du 29 avril 2015 (sous référence AI 294/13 - 108/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a retenu que l'instruction médicale effectuée par l'OAI était probante et que l'assuré présentait depuis l'été 2008 une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques (cf. consid. 6a de l'arrêt). Elle a toutefois admis le recours en raison d'erreurs dans le calcul du degré de l'invalidité (le revenu sans invalidité avait été déterminé par l'OAI sur une base statistique et non sur la base du revenu réalisé auprès du E._____ SA), et réformé la décision du 25 octobre 2013 en ce sens que l'assuré avait droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008, en raison d'un degré d'invalidité de 43 %. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours.

e) Par courriel du 17 février 2017, B.C._____ a informé l'OAI que la situation de son époux avait « empiré au cours de [c]es derniers mois » et demandé qu'on lui fournisse un formulaire de révision. L'OAI a répondu à l'assuré par courrier du 20 février 2017, indiquant qu'il lui appartenait de rendre plausible l'évolution de son degré d'invalidité et l'invitant à produire des documents, en particulier médicaux, en ce sens. L'assuré a complété le formulaire de révision le 7 mars 2017, faisant valoir des problèmes de santé sur le plan psychique, ainsi que physique (« colonne et jambes »). Il n'a pas produit de nouveau rapport médical.

Par décision du 4 juillet 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, confirmant ainsi son projet de décision.

f) Par formulaire du 22 janvier 2019, l'assuré a demandé une nouvelle fois la révision de sa rente d'invalidité, pour les mêmes motifs, datant l'aggravation de son état de santé à 2014.

Le 15 avril 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière. Le même jour, il a indexé la réception des deux rapports médicaux suivants. Le 12 avril 2019, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre de psychiatrie et psychothérapie K._____, (ci-après :K._____), posait les diagnostics d'épisode dépressif moyen depuis 2009 (F32.1), de douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques depuis 2002 (F45.41) et de troubles mixtes de la personnalité constitutionnels, avec éléments paranoïaques ou émotionnellement labiles (F61). L'assuré était définitivement incapable de travailler à 100 % pour tout type d'activité. Il était suivi par le psychiatre une fois par mois et par un psychologue deux fois par mois, depuis le 18 juin 2014. Le second rapport, du 21 juillet 2016, émanait du Dr Z._____, spécialiste en neurologie, à qui le médecin traitant de l'assuré avait déjà adressé son patient par le passé en 2009 et 2011. Le Dr Z._____ avait notamment procédé à un électromyogramme (ci-après : EMG) de détection, qui lui avait permis d'établir la présence de signes neurogènes aigus et chroniques au niveau du muscle quadriceps (L4). L'assuré présentait des lombo-cruralgies droites, exacerbées depuis la fin du mois de décembre 2015. Le Dr Z._____ attestait une claire aggravation depuis son évaluation de 2011.

Par avis médical du 29 avril 2019, le SMR a recommandé l'entrée en matière de l'OAI sur la demande de révision de l'assuré, en raison d'une possible aggravation sur les plans somatique et psychiatrique.

Par rapport du 12 août 2019, le Dr V._____ a indiqué à l'OAI qu'il retenait comme diagnostics des lombocruralgies avec faiblesse du quadriceps droit, et un possible syndrome somatoforme surajouté. Il renvoyait à l'avis du psychiatre traitant pour le plan psychique. Selon ce médecin, l'assuré présentait une capacité de travail de trois heures par jour au plus. Il rapportait en outre une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. La situation était chronicisée sans espoir d'amélioration.

Par rapport du 6 février 2020, le Dr G._____ a essentiellement confirmé le contenu de son rapport précédent du 12 avril 2019.

Dans un avis médical du 25 mai 2020, le SMR a relevé que l'atteinte somatique semblait s'être aggravée. Sur le plan psychiatrique, le seul suivi connu avait débuté aux K._____ en juin 2014. L'examen psychiatrique du SMR de 2004 n'avait pas mis en évidence d'atteinte incapacitante, même si l'état dépressif de l'assuré était mentionné « depuis le début ». Le Dr L._____ n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique non plus en 2008, pas plus que le Dr L._____ en mai 2014. Selon le SMR, il était donc difficile de conclure que l'état dépressif moyen totalement incapacitant, diagnostiqué par le Dr G._____, ait été présent depuis 2009. De plus, un trouble somatoforme avait été évoqué plusieurs fois dans le dossier, en plus des atteintes dégénératives rachidiennes objectivées. Le SMR estimait qu'une nouvelle évaluation de l'incapacité, aux plans somatique et psychique, s'imposait. Il préconisait la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie. L'OAI a confié le mandat au centre d'expertises médicales J._____ (ci-après : le J._____).

Par rapport du 16 octobre 2020, les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, experts au sein du J._____, ont fait part de leurs observations et conclusions à l'OAI, à la suite de leurs examens cliniques menés le 6 octobre précédent. Le Dr W._____ retenait comme diagnostic incapacitant un syndrome lombo-radiculaire sensitivo-moteur L4 droit avec claudication neurogène sur canal lombaire modéré en L3-L4 (M48). Comme diagnostic non-incapacitant, l'expert rhumatologue retenait notamment un syndrome cervico-brachial sensitif C5-C6 sur hernie discale C5-C6 prédominante à gauche (M50.2). Les limitations fonctionnelles somatiques étaient les suivantes : éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée ; le port de charges de 10 kg occasionnellement et de 5 kg

à répétition ; le travail à la chaîne ou sur machines vibrantes ; la marche prolongée et le travail sur échelles. Dans l'activité habituelle d'aiderotativiste, l'assuré ne disposait plus d'aucune capacité de travail depuis mai 2001, alors que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 70 % depuis l'été 2008. La péjoration des constats neurologiques rapportée par le Dr Z._____ n'entraînait pas de modification de l'exigibilité de la capacité de travail. Une aggravation des manifestations du canal vertébral étroit ne pouvait pas être exclue dans le futur. Le rapport d'IRM du rachis pratiquée le 29 janvier 2020, apporté par l'assuré lors de l'expertise et joint au rapport, n'avait pas montré d'évolution morphologique. L'expert W._____ ne formulait pas de proposition thérapeutique. Du point de vue psychiatrique, le Dr H._____ ne retenait aucun diagnostic, incapacitant ou non. L'assuré était porteur de traits pathologiques de la personnalité du registre impulsif, qui n'atteignaient cependant pas le seuil d'un trouble spécifique (F60). L'expert psychiatre avait fait procéder par le Centre hospitalier Q._____ à une mesure des taux sériques des molécules prescrites à l'assuré par son psychiatre traitant, soit la Duloxétine et l'Amitriptyline. Les taux mesurés étaient indétectables. La capacité de travail était et avait toujours été entière dans toute activité selon le Dr H._____. Consensuellement, les experts concluaient à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis mai 2001 et de 70 % dans une activité adaptée depuis l'été 2008.

Par avis médical du 1^{er} décembre 2020, le SMR a estimé que l'expertise du J._____ était convaincante et que ses conclusions pouvaient être suivies.

Par projet de décision du 7 décembre 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de maintenir son droit à un quart de rente d'invalidité.

Par courrier du 23 décembre 2020, l'assuré, non représenté, a contesté le projet précité et requis que l'OAI réexamine sa situation, qui se détériorait sur les plans physique et psychique. Il a également fait valoir le contexte de situation sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, la crise

économique, et ses difficultés financières. Il lui était impossible de trouver un emploi à temps partiel en raison de sa mauvaise condition physique, tant en raison des risques propres à sa situation que des craintes des potentiels employeurs face à son état de santé. A l'appui de sa contestation et dans un délai accordé par l'OAI, l'assuré a produit un rapport établi le 24 mars 2021 par le Dr R._____, médecin praticien. Le Dr R._____ indiquait que l'assuré n'exerçait pas d'activité lucrative, qu'une augmentation du temps de travail n'était pas possible, qu'aucun temps de présence n'était exigible en l'état, qu'il ne travaillait plus depuis dix-sept ans, qu'il présentait des problèmes lombaires et psychologiques pour lesquels il était suivi, que compte tenu de son âge et de la pathologie lombaire et psychiatrique, toute tentative de reprise d'une activité quelconque semblait vouée à l'échec. Le Dr R._____ ne connaissait pas suffisamment le patient pour pouvoir se prononcer sur les stratégies ou ressources de l'assuré en situation de stress. Son patient présentait une dépendance à des psychotropes, il prenait le médicament Tramadol et « probablement » des antidépresseurs. A la connaissance de ce médecin, l'assuré était en incapacité de travail depuis dix-sept ans. Ce dernier était suivi depuis de nombreuses années au Centre hospitalier Q._____, pour des problèmes de dos, dans le service de neurochirurgie puis dans le service d'antalgie. En raison des problèmes lombaires et neurologiques, un examen neurologique avait été pratiqué et avait confirmé une atteinte neurologique de topographie L4 droite. Aucune indication chirurgicale n'avait semble-t-il été retenue par le Centre hospitalier Q._____. Le Dr R._____ indiquait comme diagnostic des lombosciatalgies droites sur discopathie L3-L4, L4-L5, avec sténose canalaire. Aucune capacité de travail n'était exigible dans l'ancienne activité et « Dans une activité adaptée, uniquement sur le plan orthopédique, une capacité de travail de l'ordre de 25 % pou[v]ait possiblement être envisagée pour autant qu'il s'agisse d'un travail sédentaire sans port de charge ». Les limitations fonctionnelles étaient un périmètre de marche à environ 300 mètres et une limitation de la position assise à environ quarante-cinq minutes consécutives. Le Dr R._____ concluait son rapport en indiquant : « Pronostic extrêmement réservé en raison de problèmes lombaires ne permettant pas la reprise d'un travail physiquement pénible. D'autre part,

le patient ne travaille plus depuis 17 ans ! Finalement, il présente aussi des troubles dépressifs pour lesquels il est suivi et qui jouent certainement un rôle dans la situation actuelle ».

Par rapport du 21 avril 2021, le Dr G._____ s'est déterminé sur le rapport d'expertise du J._____. Il a indiqué que le maintien de la médication de l'assuré se justifiait non seulement pour améliorer sa capacité à supporter ses douleurs mais aussi pour prévenir les rechutes trop importantes d'abaissement d'humeur. Il a ensuite repris les explications précitées du Dr R._____ et a prié l'OAI de reconsidérer son projet de décision.

Par avis médical du 5 juillet 2021, le SMR a estimé qu'aucun argument médical nouveau n'avait été avancé par les Drs R._____ et G._____. L'assuré n'ayant pas été en mesure de prouver la péjoration de sa capacité de travail, le SMR maintenait sa position.

Par décision du 22 juillet 2021, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, motif pris que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était estimée à 70 %, sans changement depuis 2008, sa capacité de travail dans une activité habituelle restant nulle. Il n'y avait dès lors pas d'élément objectif nouveau permettant d'admettre une modification de son état de santé et de sa capacité de travail exigible depuis la dernière décision. Un courrier de l'OAI du même jour accompagnant et faisant partie intégrante de la décision, reprenait en substance la position du SMR du 5 juillet 2021.

B. Par acte du 13 août 2021 (date du timbre postal), A.C._____, représenté par son épouse B.C._____, a formé recours à l'encontre de la décision précitée par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu en substance à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il lui est octroyé une rente d'invalidité plus élevée, compte tenu des « nouvelles analyses médicales, en particulier le recours auprès d'un nouveau psychiatre ». Il a fait valoir que la décision était basée sur une analyse concluant à une situation inchangée, alors que son état de santé

physique et psychique ne faisait en réalité que s'aggraver. Il déclinait de jour en jour et s'enfermait dans ses soucis, même s'il n'en faisait pas état auprès des médecins, étant un homme qui ne se livrait guère.

Par réponse du 29 septembre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il s'est référé au rapport d'expertise du J._____ du 16 octobre 2020 et aux avis du SMR des 1^{er} décembre 2020 et 5 juillet 2021, lui permettant de conclure à une situation inchangée sur le plan médical, de sorte qu'il n'y avait pas de motif de revenir sur sa position.

Par réplique du 12 octobre 2021 sous la plume de son épouse, le recourant a requis « la révision complète de son dossier », la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique neutre et l'audition de témoins, « en particulier familiaux et proches de la famille ». Il s'est prévalu du fait que son atteinte à la santé remontait à près de vingt ans, qu'il était temps de revoir la situation, que l'intimé avait constamment campé sur ses positions sans vouloir envisager une éventuelle révision du dossier, même partielle. Compte tenu de son âge, de sa pathologie lombaire et de sa situation psychiatrique, toute tentative de reprise d'activité professionnelle semblait vouée à l'échec, ce dont il avait fait l'expérience à de multiples reprises.

Par duplique du 27 octobre 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions et renoncé à formuler des commentaires particuliers supplémentaires.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à plus d'un quart de rente d'invalidité, par voie de révision matérielle.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 22 juillet 2021, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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.

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision matérielle de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation

des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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 (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) En l'espèce, il est constant que le recourant est atteint dans sa santé physique, principalement en raison de troubles dégénératifs du rachis. Il est au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2008, en raison d'un degré d'invalidité de 43 %, octroyé par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 29 avril 2015. Ce degré d'invalidité avait été calculé en fonction d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 70 %, et d'un abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité statistique.

Après un premier refus d'entrée en matière sur une nouvelle demande, signifié le 4 juillet 2017, le recourant a déposé une seconde demande de révision matérielle le 22 janvier 2019. L'on relève que le SMR a préconisé d'entrer en matière sur cette demande, ce que l'OAI a fait, avant de mettre en œuvre diverses mesures d'instruction, dont une expertise bi-disciplinaire. Le reproche formulé par le recourant à l'égard de l'intimé, soit son refus de vouloir même envisager une éventuelle révision du dossier, s'avère d'emblée manifestement infondé.

b) A l'appui de sa demande de révision matérielle, le recourant soutient que son degré d'invalidité aurait augmenté, en raison d'une modification sensible de son état de santé, dans le sens d'une péjoration, ce qui justifierait l'octroi d'une rente d'invalidité plus élevée à son endroit. Eu égard aux principes rappelés ci-avant (cf. consid. 4c), il sied de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision, avec examen matériel du droit, entrée en force – soit l'arrêt précité du 29 avril 2015, confirmant la décision du 25 octobre 2013 sur le plan de l'appréciation médicale – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, rendue le 22 juillet 2021.

c) Le recourant ne conteste pas le constat qui prévaut quant à l'absence de toute capacité de travail dans son activité habituelle d'aide-rotativiste. Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur ce point (malgré le rapport apparemment contraire du Dr V. _____ du 12 août 2019, qui retenait une

capacité de travail de 30 % dans toute activité, sans toutefois expliquer ce revirement d'appréciation).

d) S'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du J. _____ du 16 octobre 2020, ainsi que sur les avis subséquents du SMR. Il s'impose donc tout d'abord d'examiner la valeur probante dudit rapport d'expertise.

8. a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du J. _____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Le recourant ne formule du reste pas de critique particulière à cet égard. Les experts ont établi le contexte médical de manière très détaillée, puisqu'ils ont reconstitué le dossier médical du recourant sur vingt ans, synthétisant de nombreux documents médicaux. Ils ont procédé aux examens cliniques personnellement et conformément à leur spécialité, avant de tenir une discussion au terme des deux entretiens séparés, et de rédiger une évaluation consensuelle. Les experts ont établi l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, systémique et actuelle du recourant. Ils ont listé ses plaintes (en particulier pp. 37, 51 et 52 du rapport d'expertise). Les experts ont communiqué des conclusions motivées et cohérentes avec leurs observations.

b) S'agissant du volet rhumatologique de l'expertise, le Dr W. _____ a relevé la boiterie du côté droit et procédé à des mesures de mobilité des membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'à l'examen des points de fibromyalgie et des symptômes et signes de Waddel. Il a tenu compte du rapport d'IRM récent (du 29 janvier 2020) que le recourant avait amené lors de l'expertise. L'expert rhumatologue a relevé et décrit les douleurs du recourant. Il a constaté une diminution douloureuse de la mobilité cervicale et lombaire, ainsi qu'entre autres, une faiblesse musculaire du quadriceps droit. Compte tenu de ses observations et du dossier médical à sa disposition, le Dr W. _____ a retenu, comme diagnostic incapacitant, un syndrome lombo-radicaire sensitivo-moteur L4 droit, et une claudication neurogène sur canal lombaire modéré en L3-L4. Il a indiqué qu'il reprenait ces diagnostics des rapports du Dr Z. _____

du 23 mars 2009 et des neurochirurgiens du Centre hospitalier Q. _____ (rapport du 24 avril 2009). Aux limitations fonctionnelles retenues lors de l'examen clinique précédent effectué par le SMR (Dre I. _____, 16 novembre 2009), l'expert W. _____ ajoutait la marche prolongée et le travail sur échelles. Cela étant, il estimait que la capacité de travail du recourant était restée inchangée, soit de 70 % dans une activité adaptée, comme lors de l'examen de la Dre I. _____, principalement en raison de ses douleurs et difficultés de déplacement. L'on précisera à toutes fins utiles que l'appréciation de la Dre I. _____ avait été jugée probante par la Cour de céans pour la période qu'elle concernait, et que c'est sur celle-ci que la Cour s'est fondée pour octroyer un quart de rente d'invalidité au recourant (cf. arrêt du 29 avril 2015 consid. 6cc, contre lequel il n'a pas recouru).

Il s'agit de déterminer si des avis médicaux au dossier, portant sur la période déterminante, permettent de jeter le doute sur l'appréciation et les conclusions de l'expertise du J. _____. En effet, et quoi qu'en dise le recourant, il sied de se fonder sur des documents médicaux pour prendre position et fixer son degré d'invalidité (cf. consid. 5a *supra*). C'est le lieu de rappeler que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2).

aa) Le Dr W. _____ a tenu compte du rapport du 21 juillet 2016 du Dr Z. _____, qui évoquait une aggravation du point de vue neurologique, cependant il a considéré que cette péjoration n'entraînait pas de changement de l'exigibilité de la capacité de travail. A la lecture du rapport en question rédigé par le Dr Z. _____, aucun élément n'est susceptible de remettre en question la position du Dr W. _____. Ce rapport ne se prononce en effet pas sur la capacité de travail du recourant, mais uniquement sur les signes neurogènes et sur l'atrophie quadricipitale. Or ces derniers éléments sont clairement mentionnés dans l'expertise.

bb) Quant au médecin traitant du recourant, le Dr V._____, il attestait une capacité de travail de 30 %, en raison des lombocruralgies avec faiblesse du quadriceps droit (cf. rapport du 12 août 2019). Il a également mentionné un possible syndrome somatoforme ajouté, que l'on discutera ci-après (cf. consid. 8c). S'agissant de l'atteinte somatique, force est de constater que le Dr V._____ n'a pas posé de nouveau diagnostic et qu'il a relevé les mêmes éléments médicaux que les experts. Il n'a pas objectivé son constat selon laquelle la capacité de travail du recourant ne serait que de 30 %. Il n'a pas détaillé d'examen clinique, et ne s'est pas fondé sur une imagerie pour soutenir son appréciation selon laquelle la capacité de travail du recourant se serait détériorée. A l'inverse, l'expert W._____ s'est référé à l'IRM du rachis du 29 janvier 2020, qui montrait une absence d'évolution morphologique, et était « plutôt rassurante » (cf. rapport d'expertise p. 50).

cc) Le recourant se prévaut également du rapport du Dr R._____ du 24 mars 2021. Ce médecin mentionnait des « problèmes lombaires et psychologiques », des lombalgies continues et une irradiation dans le membre inférieur droit. Retenant des lombosciatalgies droites sur discopathie L3-L4, L4-L5 avec sténose canalaire, il n'a pas non plus posé de nouveau diagnostic ou exprimé son désaccord avec ceux retenus par le J._____. Le Dr R._____ a indiqué une capacité de travail dans une activité adaptée de 25 %, sans réellement motiver cette estimation, notamment à l'aide d'éléments médicaux objectifs. Il semble en outre que le recourant l'avait consulté relativement récemment, compte tenu de ses réponses à certaines questions, sous forme de suppositions, et de la mention qu'il ne le connaissait pas assez pour se prononcer sur le comportement du recourant en situation de stress. Il expliquait que les problèmes lombaires ne permettaient pas la reprise d'un travail physiquement pénible, sans toutefois expliquer en quoi ils ne permettraient l'exercice d'une activité légère qu'à 25 %. Ce médecin considérait que les limitations fonctionnelles du recourant étaient la restriction de son périmètre de marche à environ trois cents mètres et celle de la position assise à environ quarante-cinq minutes consécutives. Or il s'agit de limitations bien moins étendues que celles retenues par la

Dre I._____, puis reprises et développées par le Dr W._____, qui concluait à une capacité de travail plus élevée. En sus, le Dr R._____ a évoqué des facteurs qui ne paraissent pas pertinents pour justifier sa position, soit le fait que le recourant ne travaillait plus depuis dix-sept ans, ainsi que son âge. En effet, le déconditionnement lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne peut suffire en tant que tel pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (TF 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). En l'espèce, le corps médical n'a pas jugé que le déconditionnement était la conséquence directe et inévitable de l'atteinte à la santé, ce que le Dr R._____ ne prétend pas non plus, de sorte que son incidence sur la capacité de travail peut être niée (idem).

dd) Partant, matériellement, aucun avis médical au dossier ne permet de remettre en cause l'évaluation de l'expert W._____ sur le plan somatique, qu'il sied de confirmer.

c) Sur le plan psychique, l'expert H._____ n'a pas posé de diagnostic, ayant ou non une influence sur la capacité de travail.

Dans son volet de l'expertise, le Dr H._____ a procédé à l'examen clinique du recourant, notamment en établissant son anamnèse psychiatrique systématique (en particulier avec ses fonctions cognitives, son humeur, son éventuelle angoisse et dissociation, ses fonctions « végétatives » et autres symptômes d'allure somatoforme, l'utilisation éventuelle de substances et les dépendances, sa personnalité, ses antécédents familiaux et personnels, le déroulement d'une journée type et les traitements), puis en établissant son status psychiatrique par des constatations objectives relatives aux traits discutés dans l'anamnèse. Le Dr H._____ a détaillé son appréciation des fonctions thymiques du recourant, précisant notamment que ce dernier était sthénique, hédonique, jovial, souriant, se projetait dans l'avenir, aimerait pouvoir voyager en [...], qu'il appréciait la photographie, le football britannique, espagnol et portugais. L'expert relevait de nombreuses ressources chez le recourant, comme les contacts téléphoniques qu'il entretenait

quotidiennement avec son frère, et leurs rencontres hebdomadaires. Le recourant faisait partie du comité d'une association [...], auquel il se rendait chaque mois. Il bénéficiait du soutien de son épouse, de ses filles, et de son voisinage. Il avait des contacts réguliers avec des amis et connaissances, ce qu'il expliquait dans le compte-rendu de sa journée type. Le Dr H._____ a dressé une liste détaillée des ressources du recourant (cf. pp. 63-64 du rapport). L'expert estimait que la situation psychiatrique du recourant n'était pas préoccupante, qu'elle était très éloignée des grands symptômes psychiatriques incapacitants. Il ne retenait pas d'épisode dépressif constitué. Certes, le poids des souffrances physiques était présent, mais apparaissait mineur. Selon les observations du Dr H._____, les critères sémiologiques faisaient défaut pour retenir une atteinte somatoforme douloureuse, ou un diagnostic d'épisode dépressif constitué. Le recourant était porteur de traits pathologiques de personnalité impulsive, mais ces traits n'atteignaient pas le seuil d'un trouble spécifique incapacitant. Il était en effet issu d'un milieu d'origine harmonieux et non carencé, avait connu un développement sans accroc, avait correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours (cf. pp. 61 et 63).

aa) Au dossier figurent des avis médicaux divergents, faisant état de diagnostics psychiatriques, de sorte qu'il s'impose d'examiner s'ils sont susceptibles de faire douter de l'appréciation du Dr H._____.

C'est le lieu de rappeler qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut être invalidant au sens juridique (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; TF 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.2). De plus, l'avis d'un spécialiste en psychiatrie est en principe nécessaire lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux ou psychosomatiques comparables sont susceptibles d'entraîner chez la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; T 9C_277/2021 du 8 février 2022 consid. 4.2).

Le Dr V._____ a évoqué un possible syndrome somatoforme ajouté dans son rapport du 12 août 2019. Cette mention ne saurait jeter le doute sur l'appréciation de l'expert H._____, d'une part car elle est

formulée de manière hypothétique, et d'autre part car elle n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie. Il en va même de l'affirmation du Dr R._____, dans son rapport du 24 mars 2021, évoquant des « troubles psychologiques » et des « troubles dépressifs ». A l'examen du rapport, il appert vraisemblable que ce dernier médecin ne faisait que rapporter les propos de son patient à cet égard.

bb) Quant aux rapports des 12 avril 2019, 6 février 2020 et 21 avril 2021 du Dr G._____ des K._____, ils ne suffisent pas non plus à remettre en question l'expertise du Dr H._____. Ce médecin, spécialisé en psychiatrie, a certes dressé l'anamnèse du recourant, ainsi que décrit le contexte médical et les plaintes. Cependant, son appréciation contient des incohérences. Dans le rapport du 12 avril 2019, repris par celui du 6 février 2020, il posait le diagnostic d'épisode dépressif moyen depuis 2009, alors que le suivi n'a débuté que bien après, soit le 18 juin 2014, et qu'aucun psychiatre n'avait posé ce diagnostic auparavant. Il s'ensuit que cet avis se fondait principalement, si ce n'est exclusivement, sur les déclarations du recourant et non sur des considérations médicales objectives. De plus, il décrivait des traits de personnalité qui avaient, tout au long du traitement, progressivement laissé place à une symptomatologie dépressive d'intensité légère à moyenne, ce qui paraît inconciliable avec un diagnostic constant d'épisode dépressif moyen depuis dix ans. Il en va de même de l'humeur décrite comme « fluctuante » dans le rapport du 9 février 2020. Le Dr G._____ n'a pas motivé les raisons pour lesquelles les diagnostics qu'il posait étaient graves et invalidants, ni quelles activités étaient incompatibles avec ces derniers et pourquoi. Le médecin relevait les tendances du recourant à devenir irascible et irritable, en raison de ses douleurs, sans expliquer en quoi ces éléments rendraient l'exercice d'une activité adaptée, cas échéant adaptée et à temps partiel, impossible. Quant aux diagnostics de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques et de troubles mixtes de la personnalité, le Dr H._____ les a pris en compte et a présenté des arguments médicaux convaincants pour les écarter (cf. en particulier pp. 62 et 63). Dans son rapport du 21 avril 2021, se positionnant sur l'expertise du Dr H._____, le psychiatre traitant du

recourant n'a pas mis en avant de nouvel élément médical, comme l'a justement relevé le SMR. Il a en revanche justifié le traitement médicamenteux pour « prévenir les rechutes trop importantes » de l'abaissement de l'humeur, ce qui laisse vraisemblablement entendre que le recourant présentait un état de santé psychique stable et amélioré, et ne corrobore en tout cas pas les diagnostics retenus.

cc) Force est de constater que l'expert H. _____ a motivé de façon cohérente et convaincante l'exclusion de tout diagnostic psychiatrique et les raisons pour lesquelles il ne retenait pas les diagnostics soulevés précédemment. Son appréciation est du reste congruente avec celles des Drs L. _____ et X. _____, psychiatres ayant été précédemment appelés à se prononcer sur le cas du recourant.

dd) Faute de diagnostic, il n'y a pas lieu, en l'occurrence, d'évaluer le cas à l'aune de la procédure probatoire structurée instaurée à l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 6 *supra*). Il sera toutefois relevé à toutes fins utiles que le rapport d'expertise du Dr H. _____ contient les indicateurs idoines, et se prononce en particulier de manière très complète sur les ressources du recourant. De plus, les examens des taux sériques ne permettent pas d'exclure un potentiel thérapeutique qui ne serait pas épuisé, même si l'expert s'est en l'état contenté de rapporter ces résultats objectivement sans en tirer de conclusion (cf. examens de l'Unité de pharmacogénétique et de pharmacologie clinique du Centre hospitalier Q. _____, pp. 69 et 70 du rapport d'expertise, dans lesquels on peut lire que le « taux non détecté d'Amitriptyline et son métabolite suggère fortement une non adhésion médicamenteuse », et que le taux non détecté de Duloxétine suggère un métabolisme rapide et/ou une adhésion médicamenteuse partielle le jour précédent la prise de sang).

ee) Dans ces conditions, il n'y a aucune raison valable de douter des conclusions de l'expert H. _____, en dépit de ce que le recourant soutient. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne peut que confirmer l'absence d'atteinte du registre psychique susceptible d'amoinrir sa capacité de travail.

9. a) Tant du point de vue des diagnostics, que de la capacité de travail dans une activité adaptée ou dans son activité habituelle, le recourant ne fait valoir aucun argument susceptible de jeter le doute sur les conclusions médicales des experts du J._____, suivies par l'intimé. Il s'ensuit que ce dernier était fondé à retenir que le recourant présentait toujours une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (complétées lors de l'instruction). Sa capacité de travail étant inchangée depuis la dernière décision avec examen matériel du droit à la rente d'invalidité, il ne se justifiait pas de procéder à une révision matérielle dudit droit.

b) Si son état de santé, qu'il ne s'agit pas de minimiser, venait à se détériorer, notamment par une aggravation des manifestations du canal vertébral étroit, dans le futur, comme évoqué par l'expert W._____, il resterait loisible au recourant de présenter une nouvelle demande.

c) Le recourant n'a pas en soi argué que les conséquences de son atteinte à la santé sur sa capacité de gain auraient subi un changement important, conduisant à une modification dans le calcul de son degré d'invalidité, sur le plan économique.

Il a néanmoins fait valoir son âge, le contexte sanitaire de pandémie lié au virus SARS-CoV-2, ses difficultés financières et celles qu'il avait rencontrées sur le marché de l'emploi.

Ces facteurs ne sont pas pertinents en l'occurrence. La notion de marché du travail équilibré, composante de la détermination de l'invalidité (cf. consid. 4a *supra*), est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des

exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité et n'ont pas d'effet sur le caractère réaliste des possibilités de travail dans le contexte qui nous occupe (TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1). L'âge du recourant, né en [...], n'est en l'occurrence pas susceptible d'entraîner une déduction du revenu avec invalidité, pas plus que sa longue absence du marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5 ; TF 8C_296/2020 du 25 novembre 2020 et les références). La pandémie de SARS-CoV-2 ne saurait être pertinente en l'occurrence, eu égard à la notion théorique et abstraite de marché du travail, excluant de tenir compte des fluctuations conjoncturelles, comme l'a confirmé le Tribunal fédéral (TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 4.3).

10. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ou l'audition de témoins, tels que requis, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

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

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 22 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A.C._____.

- 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 :

- Mme B.C._____ (pour M. A.C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :