

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Peter et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique à Bienne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 43 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 198[...], sans formation professionnelles, originaire d'U._____ (hors UE/AELE), arrivé en Suisse le 6 février 2003, travaillait depuis 2004 en qualité de casseroier et d'aide de cuisine, en dernier lieu pour le Z._____. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AS._____.

Le 17 octobre 2009, l'assuré a été victime d'un accident professionnel (écrasement de la main gauche).

Le 16 février 2012, l'UA._____ a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce en faveur de l'assuré en raison d'une atteinte au poignet gauche.

En incapacité de travail depuis le 4 janvier 2010, l'assuré a déposé le 26 mars 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie (rapports des 25 mai et 8 août 2012 ainsi que du 11 janvier 2013), et le Dr G._____, spécialiste en chirurgie de la main (rapport du 5 juin 2013). Ce dernier a fait état d'une contusion au poignet gauche en 2009 avec la mise en évidence d'un kyste arthrosynovial palmaire opéré le 9 février 2010. En raison d'une évolution défavorable marquée par une synovite du fléchisseur radial du carpe (FCR, *flexor carpi radialis*), l'assuré a bénéficié d'une seconde intervention le 15 juillet 2010. Du fait de la persistance des douleurs, l'assuré a également subi trois infiltrations au poignet gauche sans réelle amélioration. Au contrôle radiologique, aucune lésion osseuse ni instabilité du carpe n'était relevée. Le Dr G._____ posait alors un diagnostic de

douleurs chroniques post-opératoires avec une probable persistance d'une synovite du FCR.

Entretemps, l'assuré a bénéficié de mesures professionnelles auprès de l'E._____ (communication AI du 5 juillet 2013), notamment sous la forme d'un stage dans un magasin de vélo.

Dans un rapport SMR du 16 août 2013, le Dr S.O._____, médecin au Service médical régional de l'AI a constaté l'absence d'incapacité de travail.

Par décision du 7 novembre 2013, confirmant un projet de décision du 28 août 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 26 mars 2013, motif pris que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans toutes activités.

B. Par courrier recommandé du 8 janvier 2015 à l'office AI, l'assuré a transmis un rapport du 9 décembre 2014 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie de la main au Y._____, lequel retenait les diagnostics de douleur chronique du FCT au poignet gauche, de status post résection d'un kyste arthrosynovial palmaire gauche à deux reprises en 2010 et de status post contusion du poignet gauche en décembre 2009. Ce spécialiste concluait à des douleurs chroniques d'origine indéterminée et n'a pas émis de proposition thérapeutique.

A défaut de données médicales ayant rendu plausible une péjoration notable et durable de l'état de santé depuis la décision du 7 novembre 2013 (cf. avis SMR du 25 février 2015), l'OAI n'est pas entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité par décision du 1^{er} mai 2015.

C. L'assuré a déposé le 26 juillet 2017 une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

A défaut de nouvelles pièces médicales ayant rendu plausible une péjoration notable et durable de l'état de santé depuis la décision du 7 novembre 2013, l'OAI n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité par décision du 24 novembre 2017.

D. L'assuré a participé à un programme de Cybercafé auprès de l'UA._____.

En raison d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré, l'UA._____ l'a annoncé en détection précoce auprès de l'OAI le 30 juillet 2019 et transmis les rapports du 15 juillet 2019 du Dr H._____, médecin assistant auprès d'Y._____, du 29 mars 2019 du Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie au Y._____, du 14 février 2019 du Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie dans le même centre, et du 17 novembre 2017 du Dr V._____ et de la Dre W._____, tous deux spécialistes en neurologie au Y._____.

L'assuré a déposé le 27 septembre 2019 une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli un rapport médical auprès des Drs D.B._____ et D.C._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au D._____, lesquels ont retenu dans leur rapport du 30 octobre 2019 le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.1) présent depuis « *au moins mai 2018* » et estimé que leur patient disposait d'une pleine capacité de travail du point de vue psychique.

L'OAI a également recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir le rapport du 24 août 2020 du Dr C._____ et le rapport du 30 septembre 2020 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale à Y._____.

Après avoir sollicité le SMR (avis du 9 décembre 2020 du Dr S. _____), l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique dont il a confié la réalisation au Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale.

Dans son rapport d'expertise du 30 avril 2021, le Dr N. _____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status post contusion en juillet 2019, de status post multitude de blocs de branches en 2017 et 2018 et de status post pose d'un neurostimulateur en mars 2019 (p. 14, ch. 6.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des omalgies à droite sans signe de conflit ou de tendinopathie. Il a retenu que l'activité habituelle de casseroles n'était plus exigible (p. 18, ch. 8.1/c). Le Dr N. _____ a estimé que, d'un point de vue strictement rhumatologique et sous réserve d'une expertise psychiatrique (sur cette question, cf. pp. 15, 16 et 17), l'assuré voyait sa capacité de travail réduite de 10 % dans une activité adaptée sans port de charges répétitif avec le membre supérieur gauche et sans mouvements de préhension du poignet gauche ni de mouvements du coude gauche (p. 19, ch. 8.2/a).

Dans un rapport du SMR du 28 mai 2021, le Dr S. _____ a confirmé l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le début de l'année 2017 et la capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr N. _____.

Par projet de décision du 31 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, motif pris qu'il présentait un degré d'invalidité de 10 % calculé sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), lequel excluait le droit à la rente et aux mesures professionnelles.

Le 18 juin 2021, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Dans le cadre de la procédure d'audition, il a produit un rapport du 16 juin 2021 du Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale auprès d'Y. _____, lequel mentionnait des douleurs chroniques neuropathiques au bord radial du poignet gauche, des séquelles de CRPS

de type II, compliqué d'une maladie de Südeck avec extension à l'ensemble du membre supérieur gauche entraînant une incapacité presque complète de ce membre avec une amyotrophie clinique et la nécessité d'un recours à une antalgie par opioïdes, une tendinopathie de l'épaule droite par sur-sollicitation compensatrice et un syndrome dépressif modéré. Ce médecin estimait la capacité de travail à trois heures par jour.

Dans un avis du 20 août 2021, le Dr S._____ du SMR a relevé que le rapport du Dr J._____ n'apportait pas d'élément en faveur d'une aggravation ou d'une atteinte à la santé qui n'aurait pas été pris en considération dans le cadre de l'instruction.

Par décision du même jour, assortie d'une motivation séparée, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 mai 2021.

E. **a)** Par acte du 17 septembre 2021, R._____, représenté par Procap, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 20 août 2021, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière était ouvert et subsidiairement à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, l'assuré soutient qu'il est atteint d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, lequel n'aurait pas été évalué conformément aux exigences jurisprudentielles. Il soutient que son incapacité de travail serait de 65 % et qu'un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité se justifierait.

Il a complété son écriture le 7 octobre 2021, produisant le rapport du CMS L._____ daté du 30 septembre 2021.

b) Dans sa réponse du 25 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis du Dr S._____ du SMR du 20 octobre 2021.

c) Par réplique du 15 novembre 2021, le recourant a confirmé ses conclusions et moyens.

d) Dupliquant le 11 janvier 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant à une appréciation du SMR du 10 décembre 2021.

e) Le 20 janvier 2022, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dont il a confié la réalisation au A. _____ et en particulier au Dr A.M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et au Dr A.P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Les 4 mars et 2 mai 2022, le recourant a produit un rapport du 18 février 2022 de sa nouvelle psychiatre, la Dre D.A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et un rapport d'Y. _____ du 8 février 2022.

g) Dans leur rapport d'expertise judiciaire du 23 décembre 2022, les Drs A.M. _____ et A.P. _____ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs chroniques du poignet gauche avec ankylose et amyotrophie sévères du membre supérieur gauche sur trouble fonctionnel sans substrat anatomique décelable, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné des omalgies droites avec bursite sous-acromiale. Les experts judiciaires ont retenu que R. _____ présentait une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100 % depuis le mois d'octobre 2010. Sur le plan somatique, ils ont en revanche estimé que l'assuré bénéficiait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« nécessité de n'avoir qu'une activité mono-manuelle avec le membre supérieur droit, membre dominant de l'expertisé »). Sur le plan psychique, la capacité de travail dans une activité adaptée était aussi entière jusqu'au mois de mai 2018, date à laquelle s'est déclaré un épisode

dépressif moyen. Dès lors, les experts judiciaires ont retenu une baisse de rendement de 50 % en raison de la fatigue, de la fatigabilité, de la baisse de persévérance importante et de la passivité de l'intéressé, à savoir des répercussions de l'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique et du syndrome douloureux somatoforme persistant.

h) Le 16 janvier 2023, l'OAI s'est déterminé, se référant à un avis du SMR du 11 janvier 2023 Dr S. _____, lequel qualifiait l'expertise judiciaire de « *très partiellement convaincante* ». Il relevait que la description de l'état de santé actuel semblait suffisante pour confirmer la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et partielle (50%) dans une activité adaptée, mais au plus tôt depuis le début de l'année 2017, en supposant que le syndrome douloureux somatoforme persistant était déjà présent à cette époque alors que le psychiatre de l'époque n'avait pas retenu ce diagnostic.

i) Le 17 février 2023, R. _____ a maintenu les conclusions de son recours. Il déclare qu'il ne conteste pas la valeur probante de l'expertise judiciaire, mais uniquement la capacité de travail qui en découlait. Il soutient en substance qu'il n'était plus en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré. Il allègue qu'en raison de nombreux facteurs inhérents à sa personne, les possibilités de retrouver un emploi étaient irréalistes, si bien que seul un emploi en atelier protégé était envisageable.

j) Le 21 février 2023, l'OAI a maintenu sa position, renvoyant à ses précédentes prises de positions.

k) Le 1^{er} mars 2023, R. _____ a confirmé les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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 20 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter

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

e) 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour pouvoir 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).

c) Selon l'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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

d) Fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) 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).

b) 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).

c) 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 (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) Le recourant se plaint de l'appréciation erronée de son état de santé, plaidant l'insuffisance de l'instruction médicale de son dossier. Il expose que l'OAI n'aurait pas soumis le dossier à un expert psychiatre à

même d'évaluer les répercussions sur sa capacité de travail du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique dont il souffre. Aussi, il requiert le renvoi de la cause à l'intimé pour un complément d'instruction.

b) En l'occurrence, il y a lieu de constater que la décision attaquée est fondée d'une part sur le rapport d'expertise rhumatologique du Dr N._____, lequel retenait une diminution de la capacité de travail de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, et d'autre part sur le rapport des médecins traitants des D._____, les Drs D.B._____ et D.C._____, lesquels considéraient que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

8. a) L'intimé a mis en œuvre une expertise confiée au Dr N._____. Le rapport de ce spécialiste en rhumatologie, daté du 30 avril 2021, s'avère toutefois insuffisant pour évaluer l'état de santé de l'assuré. En effet, le Dr N._____ a relevé à juste titre que d'autres causes pouvaient expliquer les plaintes du recourant. Dans ses conclusions concernant l'évolution médicale, l'expert rhumatologue a ainsi relevé ce qui suit (expertise rhumatologique, p. 15) :

En conclusion, on note une certaine discordance entre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse au niveau du poignet et l'absence de lésion organique sous-jacente. La personne assurée s'est installée depuis 2010 dans une attitude d'immobilité du poignet et du coude G et ce, en raison d'un syndrome douloureux devenu chronique sans substrat organique sous-jacent.

L'absence d'effet quelconque de multitude d'infiltration locale, de perfusion de Xylocaine et de NaCl, médicamenteuse morphinique et la pose d'un stimulateur parlent en faveur d'un syndrome douloureux sans substrat organique sous-jacent.

S'agissant de l'évolution de la maladie, le Dr N._____ a mentionné ce qui suit (expertise rhumatologique, p. 16) :

Le socle somatique ne permet en effet pas d'expliquer l'évolution par inutilisation de son avant-bras et de sa main G, une cause psychiatrique n'est pas exclue.

En ce qui concerne la cohérence et la plausibilité, le Dr N._____ a fait part de son appréciation en ces termes (expertise rhumatologique, p. 17) :

Les résultats de l'examen et l'examen clinique ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle qui en découle.

Celle-ci fait suspecter un syndrome de conversion, à confirmer par une expertise psychiatrique.

En effet, l'absence d'effets quelconques, de multiples interventions anesthésiques de 2016 à 2019 constituent des facteurs étayant ce diagnostic.

b) Il est indéniable que le Dr N._____ demandait ni plus ni moins qu'un complément d'expertise avec un volet psychiatrique (« à confirmer par une expertise psychiatrique »), suggestion à laquelle l'intimé n'a pas donné suite. Même s'il n'est pas psychiatre, le Dr N._____, de par ses spécialisations en rhumatologie et en médecine interne et son expérience dans le domaine des expertises d'assurances, est parfaitement à même de percevoir la présence d'un trouble psychique, singulièrement d'un trouble somatoforme douloureux, si bien que ses conclusions soulevaient un doute important sur la fiabilité et la validité de l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique. Un tel doute ne pouvait pas être écarté sans un rapport d'examen psychiatrique probant (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). Certes, le rapport des Drs D.B._____ et D.C._____ du 30 octobre 2019, bien connu du Dr N._____ (expertise rhumatologique, p. 2), mentionne une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Cette conclusion n'est cependant pas étayée et se trouve en contradiction avec certains constats cliniques de ces médecins (notamment ch. 2.2 et 2.4). Sur le plan diagnostic, les psychiatres traitants posent un diagnostic de trouble dépressif avec répercussion sur la capacité de travail, mais ne mentionnent - de manière contradictoire - ni incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles. La question d'un syndrome douloureux sans substrat organique sous-jacent, en particulier, n'est pas discutée de manière conforme aux indicateurs jurisprudentiels, malgré l'évidente

problématique liée au membre supérieur gauche et à l'absence d'explication sur le plan somatique. Le rapport des D._____ du 30 octobre 2019, incomplet, ne s'avérait dès lors pas probant, si bien que l'intimé ne pouvait pas s'y fier.

De plus, dans un rapport du 16 juin 2021, le Dr J._____ retient une capacité de travail de trois heures par jour en posant un certain nombre de diagnostics sur la base de l'observation d'une amyotrophie clinique du membre supérieur gauche à l'origine d'une incapacité « *presque complète* ». Il expose aussi que le tableau douloureux se répercute sur la vie quotidienne, ce qui le conduit à estimer que le degré d'invalidité de 10 % retenu dans le projet de décision du 31 mai 2021 était sous-évalué. Le Dr J._____ ne se limite pas à présenter son évaluation de la capacité de travail du recourant, il pose des diagnostics et rend compte d'observations cliniques, lesquels sont difficilement compatibles avec les conclusions du rapport SMR du 28 mai 2021. Par conséquent, le rapport en question, insuffisant pour statuer en toute connaissance de cause, laissait subsister un sérieux doute quant aux diagnostics ainsi qu'à la clinique présentée par le recourant et à ses répercussions sur sa capacité de travail.

c) Aussi, la Cour des assurances sociales n'était pas en mesure, au vu des différentes pièces versées au dossier, de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, si bien qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire, telle que confiée aux Drs A.M._____ et A.P._____, pour compléter l'instruction conformément aux propositions - pertinentes - du Dr N._____ (expertise rhumatologique, pp. 15 à 17).

9. a) Sur le plan ostéoarticulaire, il est constant que le recourant présente des douleurs chroniques du poignet gauche avec ankylose et amyotrophie sévères du membre supérieur gauche consécutive au développement d'un trouble fonctionnel sans substrat anatomique décelable (Expertise A._____, p. 6 ch. 3.2 et 3.3, p. 13, ch. 5.4.1 et 5.4.2). En raison de l'atteinte à la santé somatique, sont seules indiquées

les activités monomanuelles avec le membre supérieur droit dominant (p. 8, ch. 3.8). Dès lors que le Dr N._____ n'a pas pu se prononcer en consilium dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, son analyse et ses constatations, certes pertinentes sous l'angle du status et des examens radiologiques, ne peuvent cependant se voir conférer une pleine valeur probante.

b) Dans ce contexte, il y a lieu de constater que l'expert somaticien du A._____ a considéré, de manière à convaincre, que l'atteinte à la santé ostéoarticulaire permettait l'exercice d'une activité monomanuelle avec le bras droit. Aucun élément du dossier ne remet en cause les conclusions de ce spécialiste - d'ailleurs non contestées - lesquelles peuvent être avalisées, d'autant qu'elles s'intègrent dans le cadre d'un examen consensuel du cas.

10. a) Par ailleurs, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes du volet de psychiatrie du rapport d'expertise judiciaire du 23 décembre 2022, réalisé par le Dr A.P._____.

b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 23 décembre 2022 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel examen. L'expert psychiatre a rencontré le recourant et a procédé à un examen clinique détaillé. Le Dr A.P._____ a examiné le dossier médical complet du recourant. Il est revenu sur son historique familial, personnel, professionnel, social, affectif et médical, sur ses problèmes de santé somatiques et sur son parcours professionnel chaotique. Il s'est renseigné sur les activités quotidiennes de l'intéressé et sur son emploi du temps. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description complète des plaintes du recourant tant sur le plan psychiatrique que sur celui de la symptomatologie douloureuse.

c) Sur le plan matériel, l'expert judiciaire a effectué un examen clinique approfondi dont il a résumé ses observations de manière détaillée (pp. 18-19, ch. 6.2). Sur la base de ses constatations et de

l'étude du dossier, les experts judiciaires ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs chroniques du poignet gauche avec ankylose et amyotrophie sévères du membre supérieur gauche sur trouble fonctionnel sans substrat anatomique décelable, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'expert psychiatre a en particulier discuté de manière approfondie les diagnostics psychiatriques en ces termes (pp. 17-21) :

Nous retenons un épisode dépressif moyen, évoluant depuis au moins mai 2012, date constatations par le Docteur F. _____ d'un épisode dépressif. Il présente une humeur triste, un ralentissement psychomoteur, une fatigue et une fatigabilité objectives, avec des troubles cognitifs, et notamment un trouble léger de vigilance, un trouble de l'attention. Les datations sont relativement peu précises. Il existe une pensée peu organisée. Nous notons une baisse d'élan vital, et une baisse importante d'estime de soi, l'expertisé rajoutant qu'il se déteste. Il existe une irritabilité latente, avec des idées passives de mort, non scénarisées. Il existe, également, une incurie.

Nous ne notons pas d'antécédents de dépression, et nous éliminons un trouble dépressif récurrent. Nous ne retenons pas d'antécédent de phase maniaque ou hypomaniaque et nous éliminons un trouble affectif bipolaire. Nous ne retenons pas d'anxiété généralisée car il n'y a pas d'anxiété constante, flottante. Il ne présente pas d'agoraphobie car il ne craint pas de sortir de chez lui seul. Il ne présente pas d'attaques de panique, et nous éliminons un trouble panique. Les éléments anxieux font partie du tableau clinique d'épisode dépressif.

(...)

Nous retenons un syndrome douloureux somatoforme persistant devant l'existence d'une douleur, variable en intensité dans le temps, persistante, intense, à l'origine d'un envahissement du champ de pensée manifeste. Cette douleur est à l'origine d'une douleur morale, et d'une baisse de qualité de vie. L'expertisé fait peu d'activités, et nous pensons qu'il a des difficultés à envisager une activité professionnelle dans le futur. Il n'existe pas de recherche de sollicitation accrue de la part de l'entourage, ni de recherche de bénéfices secondaires.

Nous ne trouvons pas de trouble de personnalité. Cette question a été au centre de notre réflexion.

Nous ne trouvons pas de trouble de personnalité paranoïaque car il n'y a pas de méfiance excessive, de tendance procédurière, de rigidité de fonctionnement.

Il ne craint pas la critique, et nous éliminons un trouble de personnalité évitante.

Il ne rapporte pas d'antécédents de traumatisme majeur, et nous éliminons un trouble de personnalité émotionnellement labile. En effet, même s'il n'existe pas de relation stable, l'expertisé ne

rapporte pas de sentiments chronique de vide. Il n'évoque pas de tendance explosive.

Nous ne retenons pas de trouble de personnalité dépendante, puisque l'expertisé peut prendre des décisions importantes, seul. Il est même dans un isolement important.

Nous ne trouvons pas de trouble de personnalité anankastique car il ne présente pas de tendance obsessionnelle, de trouble obsessionnel compulsif, de perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches, de projection systématique dans le futur.

Nous ne retenons pas de trouble de personnalité schizoïde. Certes, il est très isolé, mais nous ne retenons pas de manque total d'empathie. Il est intéressé par le devenir des personnes qu'il voit à l'église. Sa présentation atypique, l'hermétisme de pensée, l'étrangeté, ne sont pas pour nous l'expression d'un trouble de personnalité schizoïde, ou schizotypiques, mais plutôt l'expression des séquelles d'un épisode dépressif chronique, faisant écho à une existence difficile. Il était déconditionné concernant les aspects sociaux, professionnelles, et ainsi, il est dans une inactivité, acceptant de façon très passive sa situation. Il ne met pas en place de stratégies pouvant lui permettre d'évoluer favorablement. Il suit les conseils qu'on lui donne, mais rapidement, il abandonne.

(...)

Concernant le rapport du 25.05.2012, du Docteur F._____, du centre de la douleur, il est noté un syndrome dépressif léger, et un stress non négligeable. Nous pouvons considérer qu'à cette période, l'expertisé a présenté un début de dépression.

Concernant le rapport du 18.06.2012, il est noté concernant les EE._____ que l'expertisé avait abandonné son travail dans un grand magasin, ayant des difficultés de mémorisation, de compréhension des informations, après quelques jours. Il est à noter des difficultés de concentration, d'écoute, ainsi que des erreurs de scannage. L'expertisé présentait vraisemblablement déjà des troubles de concentration. Il n'était pas venu le premier jour, ayant fait téléphoner une personne à sa place.

Concernant le rapport du 17.06.2013, il est noté qu'un stage d'aide cuisinier lui a été proposé par l'ORP, qui a duré seulement deux mois, abandonné en raison de douleurs au poignet. Il est noté des conflits avec l'employeur, puisqu'il est noté que ce dernier affirmait que c'était bien l'expertisé qui n'était pas revenu au travail, alors que l'expertisé dit que son employeur lui a demandé de quitter son emploi. Il est noté qu'il a fait trois jours de stage dans un grand magasin, mais que ce travail n'était pas possible, car après trois jours - rapport du 17.06.2013. Il ne souhaitait plus d'autres mesures EE._____. Il acceptait en revanche une prise en charge auprès d'E._____.

(...)

Concernant le rapport du 21.08.2013, rapport E._____, il est noté que l'expertisé aurait affirmé qu'il portait une attelle pour se souvenir qu'il ne devait pas trop utiliser son poignet pour ne pas se faire mal.

Concernant le rapport E._____ du 09.10.2013, il est noté que l'expertisé répond de manière passive aux différentes questions qui lui sont posées, sans éléments concrets pour apporter du crédit aux

dières. Nous constatons une attitude passive, et nous pensons que cette attitude passive est en rapport avec un certain hermétisme de pensée, une baisse d'intérêt, et d'une perte d'espoir.

Dans le rapport du 04.09.2019, rapport OAI, il est noté que l'assistant social de l'UA. _____ souhaitait déposer une demande de détection précoce afin d'évaluer la situation. Il avait participé pendant une année un programme dans un cybercafé avec des retours qui étaient très bons, malgré un ennui de la part de l'assuré pour cette activité très limitée.

Dans le cadre du rapport du 30.10.2019 du Docteur D.B. _____, et du Docteur D.C. _____, il est noté un suivi depuis mai 2019. Il était retenu un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, depuis au moins mai 2018. Il est noté que l'évolution de l'épisode dépressif a été défavorable avec une évolution vers la chronicité en lien avec les douleurs résiduelles chroniques. Nous sommes en accord sur une évolution défavorable. Il existe effectivement une chronicité des troubles. Il était retenu une obsession autour des douleurs, avec de faibles capacités d'introspection.

Dans le rapport du 19.03.2020, rapport initial, il était noté que l'expertisé avait de la peine à avancer.

Ensemble, nous constatons que l'expertisé présente une symptomatologie à peu près identique depuis de nombreuses années. Le diagnostic principal est celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il présente, également, un épisode dépressif d'intensité moyenne, chronique, plutôt constant. Les traits de personnalité passifs, avec une absence de continuité dans les efforts, est marquant. Pourtant, nous ne pouvons pas retenir de trouble de personnalité particulière. L'expertisé agit ainsi depuis de nombreuses années.

L'expert judiciaire a ainsi pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels il retenait les diagnostics posés ainsi que les corrélations existantes entre ceux-ci. Le Dr A.P. _____ a apprécié avec soin la gravité des éléments et des symptômes pertinents. Il a ensuite décrit l'évolution médicale et médico-assurantielle de l'assuré et établi une chronologie circonstanciée du développement des troubles psychiques (p. 22). Ce faisant, il a soigneusement évalué les indicateurs jurisprudentiels relatifs à la gravité de l'atteinte fonctionnelle et aux axes « personnalité » et « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1, 4.3.2 et 4.3.3). Le Dr A.P. _____ a conclu à une évolution défavorable d'une lésion du poignet vers des douleurs persistantes dans le contexte d'une comorbidité dépressive et de l'échec de sa réinsertion professionnelle qui s'est compliquée par le développement d'une tristesse, d'une fatigue, d'une perte d'intérêt et de troubles du sommeil (p. 22, ch.

6.7). Dans ce contexte, l'expert a apprécié les ressources résiduelles du recourant de manière convaincante, mettant en exergue des difficultés à planifier et à structurer les tâches, à accepter les règles et les routines, des changements mal vécus, une activité spontanée très faible, une fatigue et une fatigabilité qui empêchaient de persévérer, ainsi que des signes d'incurie, se répercutant sur les ressources et la capacité de travail de l'intéressé (p. 23). La gravité de l'atteinte est décrite comme moyenne (p. 27, ch. 6.9.4). Appelé à évaluer le traitement psychiatrique mis en place, l'expert judiciaire a recommandé une adaptation de la médication, relevant toutefois que la chronicité des troubles dépressifs et somatoformes limitait le champ des solutions et induisait une résistance au traitement (p. 22, ch. 6.7, p. 25, ch. 6.8.6 et 6.8.7).

Dans l'axe « personnalité », les experts ont mentionné une passivité et une baisse de persévérance propres à entraver des perspectives professionnelles (p. 6, ch. 3.4). De surcroît, une tendance à la mauvaise estime de soi est relevée, impactant ses ressources (p. 24, ch. 6.8.1) et induisant une baisse de rendement partielle.

Dans l'axe « contexte social », les ressources du recourant sont aussi limitées dans la mesure où il est très isolé, sous réserve de sa famille, d'un ami et de sa communauté religieuse (pp. 20, 23 et 24). L'expert judiciaire a constaté que le recourant n'était ni soutenu ni critiqué, se sentant démuné et seul face à la maladie (p. 15, ch. 6.1). Les ressources passées (sport, amis, cf. p. 26, ch. 6.8.9 e et f) se sont en outre effondrées. Ce contexte social induit ici encore une baisse de rendement partielle.

Appelé à éprouver le critère de la cohérence, le Dr A.P. _____ a considéré que les troubles psychiques présentés par le recourant limitaient de manière importante sa vie sociale et professionnelle, sans bénéfice secondaire lié aux douleurs (p. 24, ch. 6.8.1), son comportement étant cohérent avec les limitations fonctionnelles. En présence d'une bonne observance thérapeutique, l'expert retient également une

cohérence quant au caractère invalidant des atteintes à la santé psychiques (p. 22, cf. ATF 141V 281 consid. 4.4.2).

d) Pour évaluer la capacité de travail de l'assuré, les experts judiciaires ont consensuellement tenu compte des répercussions sur le rendement de l'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et du syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), à savoir des douleurs, de la tristesse, de la fatigue, de la perte d'intérêt et des troubles du sommeil qui limitaient ses capacités dans l'activité professionnelle. Ils ont évalué l'incapacité de travail de manière convaincante, sur la base du dossier et des éléments cliniques objectifs qu'ils ont pu poser (p. 9 ch. 4.1). En tant qu'elle constate une diminution de rendements de 50 % dans une activité monomanuelle avec le bras droit, l'expertise judiciaire peut se voir reconnaître une pleine valeur probante au regard des indicateurs jurisprudentiels (cf. ATF 141V 281).

e) aa) Dans son avis du 11 janvier 2023, le Dr S._____ du SMR convient que la description de l'état de santé actuel autorise à confirmer une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et partielle (50 %) dans une activité adaptée, mais au plus tôt depuis le début de l'année 2017, pour autant que le syndrome douloureux somatoforme persistant fût déjà présent à cette époque alors même que le psychiatre traitant de l'époque n'avait pas retenu ce diagnostic. C'est oublier toutefois que la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé est antérieure à la date retenue par les experts peut rester ouverte dans la mesure où le droit à la rente ne prend naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt tardif de la nouvelle demande de prestations le 27 septembre 2019 (art. 29 al. 1 LPGA), à savoir le 1^{er} mai 2020. Au demeurant, les prémisses du raisonnement du Dr S._____ sont erronées dès lors qu'il fait référence à un rapport dont il n'y a pas lieu de tenir compte (consid. 8b ci-dessus).

On relèvera encore que les imprécisions relevées par le Dr S._____, qu'elles soient avérées ou non, sont sans conséquence sur l'évaluation de l'invalidité. L'erreur de date en p. 7 du rapport du

A._____ (« *traumatisme initial datant de 2019* ») est certes malheureuse, mais il ne s'agit que d'une erreur de plume, la mention de l'accident professionnel en 2009 (p. 5), suivi d'une « *escalade thérapeutique jusqu'en 2019* » (p. 7) montrant bien que les experts ont correctement apprécié la chronologie et se sont fondés sur une base temporelle exacte.

Enfin, s'agissant de l'analyse de la duloxétine, les résultats du test indiquent que le prélèvement a eu lieu à 10h30 du matin. Le laboratoire mentionne ensuite ce qui suit :

«Taux dans les valeurs du bas attendues pour la dose en supposant un intervalle d'environ 14h entre la dernière prise du médicament (prescrit le soir mais date et heure exacte de dernière prise non communiquée) et la prise de sang. Taux au-dessous des taux recommandés. Si intervalle entre la dernière prise du médicament et la prise de sang est différent, nous appeler pour une nouvelle interprétation du taux ».

Or, la « liste de médicaments » (p. 3 de l'expertise judiciaire) indique pour tous les médicaments quatre possibilités d'administration par jour (ex. : x-x-x-x). Concernant le Cymbalta, il est fait état d'une administration qui n'est pas en toute fin de journée (« 0-0-1-0 »), ceci même si l'expertise indique qu'il le prend « *le soir* ». Il y a dès lors eu plus de 14 heures d'intervalle entre la prise de médicament et le test. Ce point n'est cependant pas décisif dans la mesure où les experts recommandent une adaptation de la médication et relèvent une résistance au traitement en raison des atteintes psychiatriques elles-mêmes.

bb) En cours de procédure, le recourant a produit un rapport du 18 février 2022 de la Dre D.A._____, nouvelle psychiatre traitante du recourant, ledit rapport ayant été établi, semble-t-il, pour des motifs de police des étrangers. La capacité de travail n'y est cependant pas discutée, ce qui en altère la valeur probante. Cela étant, si les diagnostics - non motivés - divergent, force est de constater que les symptômes cliniques sont identiques, de sorte que l'on se trouve en présence d'une appréciation différente d'une situation de fait identique. Quant au rapport d'Y._____ du 8 février 2022, il ne décrit pas d'atteinte à la santé autre

ou plus ample que celle décrite par les experts. Au final, la baisse de rendement de 50 % retenue par les experts, dûment motivée, rejoint l'appréciation du 16 juin 2021 du Dr J. _____ d'Y. _____ (capacité de travail de trois heures par jour), laquelle doit toutefois être appréciée avec réserve pour tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lie un médecin à son patient le place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (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). Ce rapport, propre à éveiller un doute sur les capacités du recourant avant la mise en œuvre de l'expertise judiciaire (consid. 8b ci-dessus), n'est cependant pas suffisamment complet pour offrir une autre solution que celle motivée par les experts du A. _____.

Aussi, l'expertise judiciaire est réputée pleinement probante et ses conclusions seront suivies.

11. Au final, il y a lieu de considérer que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2010. Il a bénéficié d'une capacité de travail entière dans une activité monomanuelle avec le membre supérieur droit depuis lors et jusqu'au mois de mai 2018, accusant ensuite une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité monomanuelle avec le membre supérieur droit, fatigue, fatigabilité, baisse de persévérance importante et passivité).

12. a) Dans un grief peu étayé, le recourant soutient qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, il ne serait pas ou plus en mesure d'offrir ce qu'un employeur serait en droit d'attendre d'un employé dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Selon l'intéressé, un éventuel employeur devrait accepter de telles concessions que l'exercice d'une activité lucrative serait incompatible avec les exigences du marché du travail équilibré (cf. déterminations du 17 février 2023).

b) La notion de marché équilibré du travail 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, y compris pour les assurés monomanuels (TF 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 3.2). Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si le recourant peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

c) Dans le cas particulier, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au recourant et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'activités envisageables dans la décision entreprise (« *travail simple et répétitif dans le domaine industriel*

léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production. » ; cf. calcul du salaire exigible du 31 mai 2021) – dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux restrictions physiques découlant des atteintes somatiques moyennant un taux d'activité de 50 % tel que retenu sur le plan psychiatrique.

Les griefs de la partie recourante relatifs à la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle doivent donc être écartés. Il reste à examiner le degré d'invalidité, par comparaison des revenus avec et sans invalidité.

13. 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).

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 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. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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).

d) 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

14. a) En l'espèce, pour un assuré sans formation professionnelle, c'est à juste titre que l'intimé a calculé les revenus avec et sans invalidité sur la base de la table TA1_skill_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ATF 142 V 178 ; TF 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références citées), si bien que le revenu d'invalidité doit être revu à la lumière de la table déterminante. Dès lors que les deux postes de comparaison sont identiques, le degré d'invalidité se confond avec la baisse de rendement de 50 % admise par les experts.

Reste à déterminer si le recourant doit bénéficier d'une réduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité comme il l'allègue.

b) Le recourant soutient qu'il conviendrait d'opérer une réduction sur le revenu d'invalidité pour tenir compte du fait que seule une activité à temps partiel reste exigible, qu'il ne bénéficie que d'un permis F et qu'il a été longuement absent du marché du travail.

aa) S'agissant du premier argument, il y a lieu de relever que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin économique (TF 9C_373/2019 du 18 juillet 2019

consid. 5.2 et les références). S'agissant des emplois non qualifiés exigibles du recourant, une réduction ne se justifie pas à ce titre dans la mesure où le poste de travail peut être partagé et que le taux d'activité ne joue pas un rôle significatif (cf. TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 5).

bb) En ce qui concerne l'autorisation de séjour, elle ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. L'effet de ce critère doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (ATF 146 V 16 consid. 6.2.3 et la référence). En l'occurrence, une pénalisation à raison du permis F en question n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante pour une activité simple et répétitive d'un niveau de compétences 1 de la table TA1_skill_level. De plus, les difficultés en français ne sont pas pertinentes pour une activité simple et répétitive d'un niveau de compétences 1 de la table TA1_skill_level (TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.4 et les références).

cc) S'agissant enfin du « *long éloignement du marché du travail* », il n'est, de jurisprudence constante, pas un facteur d'abattement, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte (TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et les références ; 9C_55/2018 du 30 mai 2018 consid. 4.3 ; 9C_17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3 et les références).

dd) Dans la mesure où les Drs A.M._____ et A.P._____ ont déjà tenu compte des limitations fonctionnelles dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail (p. 9, ch. 4.1) et qu'aucun autre facteur ne peut être pris en considération, une réduction ne se justifie en définitive pas (TF I 16/05 du 13 mars 2006 consid. 6.3 ; TFA U 511/00 du 28 février 2001 consid. 3.b).

c) Cela étant, le recourant a présenté une aggravation de son état de santé justifiant une révision de la dernière décision au fond du 7 novembre 2013 dès le mois de mai 2018. Le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité (art. 88a al. 1 RAI ; art. 28 al. 2 LAI) ne prend cependant naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt tardif de sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-

invalidité le 27 septembre 2019 (art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1^{er} mars 2020.

15. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2020, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de mettre à la charge de la partie intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que R. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2020, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %.

III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap, service juridique (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :