

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 décembre 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Durussel et Gauron-Carlin, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3  
RAI**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait l'activité de maçon. Le 3 mars 2006, il a été victime d'une chute dans le cadre de son travail et a subi une contusion de la hanche droite, dont les séquelles douloureuses et incapacitantes ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 28 avril 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Sur la base des renseignements recueillis auprès des médecins traitants, d'un stage d'observation professionnelle, d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès de son Service médical régional (ci-après : le SMR) puis d'une expertise médicale confiée au Dr C. \_\_\_\_\_, neurologue, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre les 1<sup>er</sup> avril 2007 et 30 juin 2008 (décision du 7 novembre 2011).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (arrêt CASSO 358/11 - 227/2013 du 11 septembre 2013), puis le Tribunal fédéral (TF 9C\_763/2013 du 12 février 2014) ont rejeté les recours interjetés par l'assuré.

**B. a)** Le 5 février 2016, A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a notamment joint un rapport du 7 janvier 2016 de la Dre H. \_\_\_\_\_ et de la psychologue D. \_\_\_\_\_, de l'association [...], informant que l'assuré était revenu à leur consultation en mars 2015. Elles ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41). Elles ont conclu à une incapacité totale de travail quelque que soient les activités proposées.

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande, sur la base des rapports des médecins traitants joints, l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, rhumatologie et psychiatrie) au Z. \_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : le Z. \_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 20 juillet 2017, les experts (les Drs E. \_\_\_\_\_, psychiatre, Y. \_\_\_\_\_, neurologue, Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne) ont posé, comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, celui de déconditionnement musculaire global depuis 2008. Quant aux diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, ils ont notamment retenu une pancréatite récidivante depuis août 2014, un probable phénomène d'amplification des plaintes, une dysthymie (F34.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). En guise de conclusion, ils ont estimé que si la poursuite de l'activité de maçon était compromise, l'assuré disposait par contre d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit sans port de charge au-delà de dix kilos et sans marche au-delà d'un kilomètre, ceci depuis le 20 juin 2008.

Par décision du 2 mars 2018, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 5,85 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles et à une rente.

Par arrêt du 25 juin 2019 (CASSO AI 130/18 - 190/2019), la Cour de céans a admis le recours interjeté par l'assuré, annulé la décision rendue le 2 mars 2018 par l'OAI et renvoyé la cause à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** Reprenant l'instruction, l'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire au centre d'expertises médicales B. \_\_\_\_\_ SA de [...]. Dans leur rapport du 18 février 2020, les experts (les Drs O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine

interne, I.\_\_\_\_\_, psychiatre, J.\_\_\_\_\_, rhumatologue et G.\_\_\_\_\_, gastroentérologue) ont posé les diagnostics de douleurs post chirurgie de neurolyse du nerf sciatique droit et ténotomie du muscle pyramidal droit en janvier 2008, de souffrance radiculaire S1 droite séquellaire uniquement électromyographique (M54.1), de douleur cervicale avec hernie discale paramédiane droite en C5-C6 sans compression (M45.1.3), de douleur du poignet droit post traumatique, d'autres troubles spécifiques de la personnalité, personnalité immature (F60.8), de somatisation (F45.0), d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), de pancréatite récidivante (K85) d'étiologie indéterminée, biliaire ou auto immune, avec des investigations toujours en cours, et de sacroïdose pulmonaire (D86.0). Confrontés à un assuré désormais incapable de se lever seul ni tenir sur ses jambes et dont la mobilisation globale était très douloureuse, avec de nombreuses incohérences entre les plaintes et les examens réalisés (douleur moyenne exprimée de 6 sur 10 sur l'échelle EVA *versus* impotence totale), ces experts ont retenu des limitations fonctionnelles (*Rhumatologie* : pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos, port de charge limité à dix kilos, pas de piétinement prolongé, pas de marche, pas d'escalier et pas de travail en hauteur. *Psychiatrie* : pas de travail stressant d'un point de vue temporel, limitation dans le traitement des informations multiples en raison des troubles cognitifs et de la fatigabilité). En guise de conclusion consensuelle, ils ont estimé que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de maçon depuis le 5 mars 2007, une capacité de travail entière jusqu'à fin 2011, puis de 50 % existait dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (100 % avec baisse de rendement de 50 %, du fait d'une aggravation à partir de 2012 pour des raisons psychiatriques, compte tenu des traits de caractère immature, d'une somatisation, d'un enkystement des douleurs, d'une absence de réaction au traitement usuel et d'une faible adhérence à la psychothérapie et au suivi). Ils ont ajouté que, sous réserve de périodes d'incapacités totales limitées dans le temps depuis 2014 en lien avec des poussés de pancréatite aiguës justifiant une hospitalisation, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée d'un point de vue gastroentérologique.

Sur proposition du SMR (avis médical du 7 avril 2020 de la Dre S.\_\_\_\_\_), l'OAI a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychiatrie, pour une nouvelle expertise. Dans son rapport du 13 avril 2021, cet expert a posé le diagnostic, ayant un effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen (F32.1) et le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a évalué la capacité de travail résiduelle de l'assuré à 50 % dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019, en raison d'une aggravation d'un simple trouble dysthymique vers un épisode dépressif moyen qui s'était installé sur la durée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une faible capacité adaptative, une sensibilité au stress, pas d'activités complexes, de probables difficultés relationnelles, une faible conscience morbide ainsi qu'une probable faible compliance thérapeutique. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées chez l'assuré qui ne se projetait plus dans le monde du travail.

Dans un avis médical du 27 avril 2021, la Dre S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a fait le point de situation en ces termes :

**“Conclusion :**

Cette expertise répond en grande partie aux critères de qualité requis, nous suivons ses conclusions.

Sur le plan somatique la situation est superposable aux conclusions de la 1<sup>ère</sup> demande (CT [capacité de travail] nulle comme maçon depuis mars 2006 suite à un syndrome pyramidal D post-traumatique pleine CT dans une activité adaptée depuis 2008 LF [limitations fonctionnelles] : pas d'effort de soulèvement ou port de charge > 10 kg, pas de piétinement prolongé, pas de marche, pas d'escalier, pas de travail en hauteur. Diagnostics non incapacitants : pancréatite récidivante, sarcoïde pulmonaire radiologique, stéatose hépatique, cervicalgies non déficitaires).

Sur le plan psychiatrique une aggravation de l'état de santé est validée suite à un épisode dépressif moyen avec IT [incapacité de travail] 50% depuis le 1.07.2019. Un traitement est recommandé mais non exigible selon l'expert vu la faible plausibilité d'une amélioration de la CT. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas incapacitant.

Situation à réviser dans 2 ans (car l'octroi de prestation, donc validant la reconnaissance qu'il recherche, pourra éventuellement améliorer sa symptomatologie dépressive).”

Après avoir procédé à une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité et du revenu encore raisonnablement exigible (document intitulé « Calcul du salaire exigible » du 9 juin 2021 [pièce 295]), l'OAI a, par projet d'acceptation de rente du 11 juin 2021, informé l'assuré de son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020. Au terme du délai d'attente d'un an, soit au 1<sup>er</sup> juillet 2020, l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus sans (64'759 fr. 86) et avec invalidité (29'292 fr. 52), le degré d'invalidité était de 55 %.

Malgré les objections formulées le 17 août 2021 par l'assuré, agissant par Me Ana Rita Perez, l'OAI a, par décisions des 7 et 13 janvier 2022, confirmé la teneur de son projet de décision du 11 juin 2021.

**C.**           **a)** Par acte du 14 février 2022, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Perez, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions des 7 et 13 janvier 2022, concluant à leur réforme en ce sens qu'une rente entière lui est accordée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation des décisions attaquées et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelles instruction et décision dans le sens des considérants. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, en particulier dans le volet psychiatrique. Ce faisant, il conteste la capacité de travail résiduelle de 50 % retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au terme du délai de carence d'un an, soit au 1<sup>er</sup> juillet 2020. Enfin, il conteste le calcul de son taux d'invalidité en reprochant à l'OAI d'avoir fixé son revenu d'invalidé sur la base de statistiques ; il soutient qu'un abattement de 25 % - et non de 15 % comme admis par l'OAI - serait justifié sur le revenu tiré de ces statistiques. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre par le tribunal d'une nouvelle expertise psychiatrique visant à étayer « la présence ou l'absence d'éléments conduisant à un syndrome douloureux somatoforme persistant », l'audition de son épouse, une expertise sur ses relations

psycho-sociales intra et extra familiales ainsi que sur sa capacité d'effectuer les tâches du quotidien. Enfin, il sollicite qu'une expertise soit mise en œuvre par un centre de la douleur indépendant pour déterminer la plausibilité des douleurs qu'il décrit et si une prise en charge est envisageable, et pour évaluer sa capacité de travail.

**b)** Dans sa réponse du 15 mars 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 5 février 2016.

**b)** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022 est entrée en vigueur la modification du 19 juin 2020 de la loi sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705). Pour les bénéficiaires de rente âgés de moins de 55 ans dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette

réforme, la quotité de rente ne change pas tant que le taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (let. b de la disposition transitoire relative à cette modification législative). Bien que cette disposition transitoire soit peu précise à ce propos, on doit en déduire que lorsqu'une demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais n'a pas encore fait l'objet d'une décision, la date éventuelle de naissance du droit à la rente est déterminante. En d'autres termes, si le droit éventuel à la rente, compte tenu du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI et du délai d'attente de six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), a pris naissance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'ancien droit est applicable, sous réserve, postérieurement à cette date, d'une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

En l'occurrence, les décisions litigieuses rendues les 7 et 13 janvier 2022 font suite à une nouvelle demande de prestations déposée en février 2016. Le droit éventuel à une rente a pris naissance avant le 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

**b)** Lorsque la rente a été refusée – en l'occurrence, supprimée – 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.

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

**5.** 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). 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).

**6.** **a)** Par décision du 7 novembre 2011, l'intimé a constaté que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2008.

**b)** Après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 février 2016 par le recourant, l'OAI a ordonné plusieurs expertises médicales.

**aa)** Sur le plan somatique, l'expertise établie par le B. \_\_\_\_\_ est probante et corrobore les constatations faites précédemment par d'autres experts. Les diagnostics posés sont des douleurs post chirurgie

de neurolyse du nerf sciatique droit et ténotomie du muscle pyramidal droit en janvier 2008, une souffrance radiculaire S1 droite séquellaire uniquement électromyographique (M54.1), une douleur cervicale avec hernie discale paramédiane droite en C5-C6 sans compression (M45.1.3), une douleur du poignet droit post traumatique, une pancréatite récidivante (K85) d'étiologie indéterminée, biliaire ou auto immune, avec des investigations toujours en cours, et une sacroïdose pulmonaire (D86.0) ; ils entraînent une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon, mais pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, sous réserve des périodes pendant lesquelles l'assuré est hospitalisé en raison d'une poussée aiguë de pancréatite. Le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre de ces constatations et n'expose pas en quoi elles seraient dépourvues de valeur probante.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, se pose la question de la valeur probante des constatations du Dr F.\_\_\_\_\_, sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant qui en conteste le bienfondé médical. On observera d'abord que l'expertise du 13 avril 2021 répond aux réquisits posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, elle n'est ni incohérente, ni lacunaire. La simple erreur de date commise par le Dr F.\_\_\_\_\_, qui mentionne un rapport d'examen pluridisciplinaire du 15 mars 2008 alors que ce rapport est daté du 23 octobre 2008 (cf. pièce 63), ne justifie certainement pas de relativiser la valeur probante de ses constatations ; par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ a rapporté correctement les constatations effectuées à l'époque par les médecins-examineurs du SMR, relatives à une dysthymie (F34.1). Au vu des développements figurant dans son rapport d'expertise à propos de ce diagnostic (cf. p. 13 sv.), rien ne permet de considérer qu'il aurait négligé l'existence, à l'époque, d'une dépression chronique de l'humeur, toutefois insuffisante pour poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger.

Le recourant reproche au Dr F.\_\_\_\_\_ d'avoir observé qu'une consultation auprès du Service de psychiatrie de liaison du CHUV en été 2008 était peut-être en lien avec le récent décès de sa mère. Cette

hypothèse ne paraît toutefois pas dénuée de fondement si l'on observe que la mère de l'assuré est décédée en 2008 des suites d'une maladie d'Alzheimer et que l'intéressé en a été très affecté, selon l'anamnèse familiale établie par le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. p. 7). Les médecins du centre [...] ont du reste eux aussi attesté des premières consultations de l'assuré à la fin septembre 2008 dans le contexte du décès récent de sa mère (rapport du 23 juin 2011 [pièce 139]). Quoi qu'il en soit, rien au dossier ne permet de considérer que l'expert y aurait accordé une importance déterminante.

Le recourant estime que « le résultat » de l'appréciation de l'incapacité de travail par le Dr F. \_\_\_\_\_ « n'est pas satisfaisant » dès lors qu'il ne se déplace qu'en chaise roulante, qu'il a besoin de son épouse pour se lever, pour aller sur sa chaise roulante et même pour aller aux toilettes. Son état de santé serait si détérioré qu'il ne serait plus envisageable de considérer qu'il existe une capacité de travail vu le degré des plaintes décrites. En soulevant cette argumentation, le recourant perd de vue qu'il appartient précisément à l'expert de prendre du recul par rapport aux allégations de l'assuré et de fonder autant que possible son appréciation sur des constatations médicales objectives. En l'occurrence, les experts de Z. \_\_\_\_\_ et de B. \_\_\_\_\_ n'ont pas constaté d'atteinte à la santé physique qui justifierait le recours systématique à une chaise roulante ou à l'aide de tiers pour accomplir divers actes de la vie quotidienne. A cet égard, on mentionnera notamment que l'expert J. \_\_\_\_\_ a rapporté ce qui suit (cf. expertise B. \_\_\_\_\_, volet rhumatologique, p. 26 point 7.2) :

“[...] L'EVA est à 6, ce qui n'est pas logique pour une personne qui ne peut même pas rester debout et ne peut strictement rien faire. Lorsqu'on lui demande pourquoi, il répond « à cause des douleurs ». Il y a donc une inadéquation entre la douleur exprimée et ce qu'il ne peut pas faire. Par ailleurs, les atteintes objectives cliniques sont pauvres : pas d'amyotrophie clinique, pas de systématisation neurologique, pas de signe neurologique objectif, si ce n'est un signe de Lasègue modéré, impossibilité de se tenir sur sa jambe gauche sans être aidé. Et enfin, l'iconographie est très pauvre : pas d'explication neurologique, lombaire ou au niveau des articulations coxo-fémorales ou sacro-iliaques.

Difficile d'imaginer qu'il ne peut même pas utiliser les bras pour se déplacer, par exemple de son lit sur sa chaise roulante, alors que l'examen clinique des membres supérieurs est normal.

Difficile également, d'imaginer qu'il ne puisse même pas rester assis sur sa fesse droite, alors que l'IRM en post opératoire ne donne pas d'explication rationnelle et encore plus actuellement alors que l'expertisé ne se déplace quasiment plus depuis des années, sollicitant très peu ses muscles. [...]"

En ce qui concerne les diagnostics de « autres troubles spécifiques de la personnalité, personnalité immature, F60.8 » et de « somatisation » posés par le Dr I. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_ a exposé pour quels motifs il estimait devoir s'en distancier (cf. p. 16 sv.) - rejoignant sur ce point le Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. expertise Z. \_\_\_\_\_, p. 38 sv.), en se référant en particulier aux critères diagnostics posés par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR/DSM-5. Il a notamment constaté que l'assuré se plaignait essentiellement de symptômes touchant l'appareil locomoteur, que les plaintes s'étaient déclarées relativement tardivement chez le recourant, avec au premier plan une révolte et le sentiment d'injustice plus évocateurs du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) que d'un trouble somatoforme douloureux (ou d'un trouble de somatisation dans les ouvrages diagnostiques de référence). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également mis en évidence chez le recourant une déception par rapport à la qualité des soins médicaux, de même que le contexte d'une demande de compensation financière ainsi que l'absence d'un véritable engagement dans le traitement psychiatrique dès lors qu'il considérait que dans son cas cela ne servait « à rien ». Quoi qu'il en soit le Dr F. \_\_\_\_\_ rejoint le Dr I. \_\_\_\_\_ sur la question de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, qu'il fixe lui aussi à 50 % au jour de l'expertise. Cette évaluation repose sur une analyse des ressources dont dispose encore le recourant et des facteurs susceptibles de limiter ces ressources, étant précisé que le Dr F. \_\_\_\_\_ reconnaît une incapacité de travail en lien avec l'épisode dépressif moyen (F32.1) diagnostiqué. L'expert n'estime pas, en revanche, qu'une reprise du travail ne serait pas raisonnablement exigible en raison de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) retenue. Il rejoint sur ce point les Drs ???\_. \_\_\_\_\_ (rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR du 10 novembre 2008) et E. \_\_\_\_\_ (expertise

Z.\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2017). Le Dr I.\_\_\_\_\_ n'exclut pour sa part pas formellement une incapacité de travail en lien avec le trouble somatisation, mais la limite toutefois à 50 %, en relation avec l'ensemble des atteintes à la santé constatées. Il liste des limitations fonctionnelles proches de celles admises par le Dr F.\_\_\_\_\_ (des troubles cognitifs, une fatigabilité, une limitation dans le traitement d'informations multiples et une absence d'exposition aux activités stressantes d'un point de vue temporel pour le Dr I.\_\_\_\_\_ [expertise B.\_\_\_\_\_, p. 19]; une fatigabilité et une diminution de rendement en raison d'une limitation des facultés adaptatives, en particulier sous stress, une aptitude à analyser une situation simple et à prendre des décisions appropriées dans ce contexte, mais avec la nécessité d'une supervision lors de situations complexes, pour le Dr F.\_\_\_\_\_ [expertise, p. 24]). Le Dr I.\_\_\_\_\_, comme le Dr F.\_\_\_\_\_, ne considère donc pas que les autolimitations présentées par le recourant, qui se déplace presque exclusivement en chaise roulante et reste alité une grande partie de la journée, puissent être prises en considération comme des limitations fonctionnelles objectives.

Les Drs I.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ posent des constatations divergentes sur le début de l'incapacité de travail de 50 % du recourant. Sur ce point également, le Dr F.\_\_\_\_\_ présente une analyse plus détaillée et convaincante. Il reprend de manière relativement fouillée les constatations précédentes de ses confrères, ce qui le conduit à réfuter le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) posé dans un rapport du 23 juin 2011 par les médecins d'[...], et d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) posé le 7 janvier 2016, également par les médecins d'[...]. Il motive de manière convaincante sa constatation d'une absence d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant entre la décision du 7 novembre 2011 de l'intimé et le 30 juin 2019, au vu notamment des constatations figurant dans le rapport d'expertise Z.\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2017. Il retient en revanche l'installation sur la durée d'un épisode dépressif de degré moyen depuis le mois de juillet 2019 en se référant sur ce point à « ce que rapporte le médecin traitant de M. A.\_\_\_\_\_ ». Si l'on peut regretter que l'expert ne soit pas plus

précis sur ces informations, il reste que l'instruction ne permet pas d'établir une aggravation de l'état de santé psychique à une date antérieure. A cet égard, le Drl. \_\_\_\_\_ retient pour sa part une aggravation dès 2012, mais ne motive pas cette appréciation en contradiction avec les autres expertises figurant au dossier.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, il est établi, sur la base des constatations des Drs O. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, que le recourant a présenté une capacité de travail totale dans une activité adaptée, jusqu'au 30 juin 2019, sous réserve des périodes pendant lesquelles il était hospitalisé en raison d'une poussée aiguë de pancréatite. Il a présente, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, une incapacité de travail de 50 % en raison d'une péjoration de son état de santé psychique. Les limitations fonctionnelles suivantes peuvent être retenues : pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos, port de charge limité à dix kilos, pas de piétinement prolongé, pas de marche, pas d'escalier et pas de travail en hauteur, faible capacité adaptative, sensibilité au stress, et pas d'activités complexes, probables difficultés relationnelles.

**d)** Compte tenu du caractère probant des constatations des médecins précités, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre les diverses expertises et l'audition de témoin demandées. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7.** Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**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.

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

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

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**c)** En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 64'759 fr. 86 avec un revenu d'invalidité de 29'292 fr. 52 (montant qui intègre la capacité de travail de 50 % et un abattement de 15 % sur le salaire statistique afin de tenir compte de l'âge et du taux d'occupation restreignant les perspectives salariales du recourant), pour aboutir à un degré d'invalidité de 54,77 %, arrondi à 55 %, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

De son côté, le recourant soutient que la prise en compte, pour la fixation du revenu avec invalidité, d'un abattement maximal de 25 % serait pleinement justifié en l'espèce, en raison de sa maîtrise imparfaite de la langue française ainsi que ses limitations fonctionnelles qui se seraient largement péjorées depuis la dernière décision de l'OAI « principalement en ce qui concerne l'utilisation d'une chaise roulante électrique pour se déplacer et sa problématique récurrente de pancréatite ayant abouti à une tuméfaction du pancréas avec diminution de l'infiltration ».

La faible maîtrise de la langue française ne peut être retenue comme facteur d'abattement dans la mesure où le revenu avec invalidité est déterminé sur la base des tableaux de l'ESS relatifs aux activités non qualifiées, lesquelles n'impliquent pas d'exigences linguistiques particulières.

Quant aux limitations fonctionnelles, elles sont déjà prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. Elles ne

peuvent dès lors justifier un abattement, et aucun autre facteur de réduction ne saurait être retenu.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, le calcul de l'invalidité tel que motivé (cf. pièce 295) échappant à la critique.

**8. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 7 et 13 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Ana Rita Perez (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :