

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juillet 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
MM. Küng et Oppikofer, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissant portugais, T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est divorcé. Il a travaillé en Suisse d'octobre 1998 à octobre 2004 comme aide-couvreur.

En arrêt de travail sans interruption notable depuis le 9 février 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 24 mai 2005. Il a bénéficié d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> février 2005, d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 31 mars 2007, puis à nouveau d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 (décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI ou l'intimé] du 19 septembre 2008).

**B.** Par décision du 6 mai 2019, l'OAI a, au terme de l'instruction médicale du dossier (avis SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité] du 14 janvier 2019), supprimé la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, au motif que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que sa capacité de travail était de 100 % depuis le mois de juin 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Cette décision n'a pas été contestée.

**C.** Le 12 février 2020, T.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de son état de santé déficient depuis 2006 tout en renvoyant l'OAI auprès de ses médecins traitants.

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande et avoir complété l'instruction en recueillant des renseignements médicaux usuels auprès des divers médecins consultés par l'assuré (rapports des 17 avril 2020 et 17 février 2022 du Dr M.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant ; rapports des 27 mai 2020 et 23 mai 2021 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; rapport du 7 septembre 2020 de la Dre X.\_\_\_\_\_ et rapports des 25 mai et 18 octobre 2021 de la Dre A.\_\_\_\_\_, toutes deux cheffes de clinique adjointes au Service

de rhumatologie du CHUV), l'OAI a, suivant le point de vue du SMR (avis du 3 novembre 2021), confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'expertises R.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. Dans leur rapport d'expertise du 5 mai 2022, les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, sur la base de leurs examens cliniques des 15 et 16 mars 2022 ainsi que l'étude du dossier médical mis à leur disposition, ont posé les diagnostics et limitations fonctionnelles suivants :

**“4.3 Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations**

- Douleurs lombaires, sans irradiation dans les membres inférieurs, persistantes après chirurgie post-spondylolisthésis L5-S1 de degré I, non déficitaires, M54.4, Z92.4
- Fibromyalgie, M79.7
- Syndrome sec se manifestant par une xérostomie, dont la biopsie des glandes salivaires accessoires permet de poser le diagnostic de syndrome de Sjörger, sans atteinte systémique, M35.0
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, F33.11
- Surcharge pondérale
- Psoriasis cutané connu depuis 2009, L40.9
- Stéatose hépatique connue
- Diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche
- Status après tuberculose latente traitée pendant 9 mois par Isonazide
- Accident de la voie publique en 2018

Limitations fonctionnelles rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 15 kg.

Limitations de médecine interne générale : il ne peut pas exercer un travail de nuit, ni conduire pendant la nuit.

Pas de limitation psychiatrique.”

En guise de conclusions, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle de représentant en boucherie ou vendeur, ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis du 8 juin 2022), l'OAI a, par projet de décision du 21 juin 2022, informé l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à des prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que sa situation était superposable à celle qui prévalait lors de la précédente instruction en l'absence d'une nouvelle atteinte à la santé incapacitante, ni de nouvelles limitations fonctionnelles, et que sa capacité de travail demeurait de 100 % dans son activité habituelle et dans toute activité adaptée.

A l'appui de ses objections du 29 août 2022, l'assuré, assisté par Procap Centre de Conseils en Assurances Sociales, a remis en cause la qualité du travail des experts sur les plans psychique et somatique. Il était d'avis que son état de santé s'aggravait et évaluait sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % au maximum. Il demandait à l'OAI d'annuler le préavis négatif du 21 juin 2022, de mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires puis de rendre un nouveau projet de décision. L'OAI s'est vu remettre :

- un rapport de consultation du 6 mai 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, posant les diagnostic d'hypermétropie, de presbytie, de sécheresse oculaire, syndrome de Sjögren, de cataracte nucléaire (rhumatisme) et d'absence d'Uvéite. Ce médecin a conclu son rapport en indiquant que l'assuré souffrait d'une sécheresse oculaire marquée dans le cadre de son syndrome de Sjögren, que les résultats du test de Schirmer et NIKBUT confirmaient ce diagnostic, et qu'il avait instauré un traitement avec Zaditen et Optava. Il a ajouté que la cataracte se manifestait plus tôt chez les patients souffrant d'une maladie rhumatismale, limitant l'acuité visuelle à 40 et 60 %. Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait fixé un rendez-vous pour un bilan préopératoire;

- un rapport de consultation du 9 juin 2022 et un protocole opératoire du 15 juin 2022 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, qui a réalisé chez l'assuré une anoscopie avec repérage de fistule, un traitement de la fistule par pose de deux fils de Prolène 4.0 et un bloc périnéal;
- un rapport du 6 juillet 2022 du Dr M.\_\_\_\_\_ adressé en réponse au conseil de l'assuré, dont on extrait ce qui suit :

“Je suis sur le plan internistique et sur le plan immunologique depuis 2019. Par rapport à la récente décision AI, on ne peut à mon avis pas considérer qu'il n'y a « aucune nouvelle atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail du patient ni de nouvelle limitation fonctionnelle » ni que sa situation soit « superposable » à la précédente évaluation. D'un point de vue immunologique, une maladie de Sjögren a été retenue en octobre 2021. Le patient remplit formellement les critères de classification ACR/EULAR 2016 pour cette maladie auto-immune qui se caractérise notamment par un syndrome sec occulo-buccal, une fatigue très importante et des douleurs articulaires qui répondent généralement mal aux traitements immunosuppresseurs. Nous sommes en présence de ces éléments chez le patient avec également des éléments objectifs non contestables tels qu'une inflammation significative évocatrice des glandes salivaires à la biopsie d'octobre 2021, un syndrome sec oculaire également objectif à la consultation ophtalmologique récente et une diminution objective de sa sécrétion salivaire en septembre 2021. Dans le contexte de cette maladie de Sjögren surajoutée au contexte de rhumatisme psoriasique (Des associations sont décrites entre ces 2 maladies), il est tout à fait probable qu'une partie de la fatigue invalidante du patient soit en lien avec cette maladie auto-immune classiquement associée à une telle fatigue et dans ce contexte, on peut justifier sur le plan immunologique une perte de rendement significatif en lien avec la fatigue en tous cas de 50 % même dans un poste adapté. J'ai transmis ces nouveaux éléments du dossier à l'office AI en février 2022. Ces éléments ont[-] ils été pris en compte ? On peut en tout cas contest[er] sur la base de ces éléments la décision d'aptitude à 100 % dans un poste adapté et solliciter la reconnaissance d'une incapacité partielle de 50 %.

Pour ce qui est de nouveaux éléments, le patient a récemment présenté une fistule anale qui a nécessité une prise en charge chirurgicale. Ce genre d'atteinte peut tout à fait se voir dans les maladies inflammatoires intestinales type maladie de Crohn qui peut être associée au rhumatisme psoriasique. Des investigations complémentaires sont en cours sur ce plan (analyses de selles et en cas de positivité, évaluation gastro-intestinale endoscopique)”.

Les 26 octobre, 9 et 18 novembre 2022, l'OAI a encore reçu :

- un formulaire du 3 octobre 2022 relatif à une prochaine intervention chirurgicale procto-périnéologique;

- un rapport du 24 octobre 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_ adressé en réponse à un courrier du 11 juillet 2022 du conseil de l'assuré, dont on extrait ce qui suit :

**“1. L'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis votre suivi et depuis mai 2021, dernier rapport transmis à l'AI.**

L'évolution du point de vue psychiatrique est défavorable avec une nette augmentation des troubles de la concentration et de l'attention, ainsi que des troubles de la mémoire, observables pendant les entretiens pour lesquels un examen neuropsychologique est prévu. Le ralentissement psychomoteur est tangible durant les entretiens.

**2. Nomination du/des diagnostic/s (étayé/s par les critères CIM-10 et corrélé/s par le status et les éléments anamnestiques), description de l'éventuelle aggravation de son état de santé avec un status précis et depuis quand.**

F33.2 - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques.

F43.1 - Etat de stress post-traumatique (2018) suite à un accident grave de la voie publique.

Fibromyalgie.

Maladie de Sjörngen diagnostiquée au CHUV en 2022 avec une biopsie.

Arthrite psoriasique sévère et handicapante.

**Status psychiatrique :** Ralentissement psychomoteur modéré à sévère, trouble de la concentration et de l'attention durant l'entretien. Troubles de la mémoire manifestes. Thymie effondrée, sentiment de désespoir, idéations suicidaires sporadique[s]. Troubles du sommeil avec réveils nocturnes fréquents. Hypervigilance, réveils nocturnes en sursauts avec symptômes neurovégétatifs tels que transpiration, tachycardie et tremblements. A noter qu'il a dû se faire opérer de la cataracte des deux côtés et d'une récurrence de fissure anale. Ces complications seraient en relation avec la maladie de Sjörngen.

**3. Evolution du traitement psychotrope et du suivi thérapeutique.**

Le traitement psychotrope consiste en Trittico 150 mg 1x/j, Halçion 0,25 mg 1x/j et Tranxilium 10 mg 2x/j, ainsi qu'un suivi régulier psychothérapeutique. Le patient est compliant.

#### **4. Enumération des limites fonctionnelles d'ordre psychique.**

Troubles de la mémoire importants, troubles de la concentration et de l'attention, ralentissement psychomoteur, fatigabilité importante, thymie effondrée, anhédonie, aboulie, apragmatisme, trouble du sommeil, hypervigilance.

#### **5. Taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, pour quel(s) motifs et depuis quand.**

0% de présence possible en raison des symptômes dépressifs et d'un état de stress post-traumatique. Concernant les limitations fonctionnelles voir la réponse à la question 4.

#### **6. Faut-il s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage, pour quel(s) motifs et depuis quand.**

Il est inapte à travailler à 100%, même en milieu protégé et on peut s'attendre à une péjoration.

#### **7. Remarques quant au contenu du rapport d'examen de l'expert psychiatre (erreurs, omissions, lacunes, contradictions, ....).**

Voir page 5/39 de l'expertise : pas de limitation psychiatrique.

Cela est de mon point de vue clairement contestable. Il présente la plupart des symptômes d'une dépression sévère et d'un état de stress post-traumatique. Il est important de rappeler que le patient a déjà bénéficié d'une rente à 100% puis a souhaité travailler sans succès. Actuellement, la situation s'est encore péjorée.”;

- deux rapports du 7 novembre 2022 de la Dre A. \_\_\_\_\_, dont celui adressé au conseil de l'assuré est libellé comme suit :

#### **“1. Evolution de l'état de santé de l'assuré depuis octobre 2021 dernier RM transmis.**

Le patient a une arthrite psoriasique, traitée par Taltz et avec échec à de nombreux traitements.

Après discussion avec le Dr M. \_\_\_\_\_, la biopsie des glandes salivaires est quand même fortement compatible avec un syndrome de Sjögren en plus de l'arthrite psoriasique et du Plaquenil a été introduit.

Entre-temps, le patient a été revu à ma consultation du 15 septembre. Cette fois, il avait des douleurs inflammatoires fortes au niveau du rachis et des mains, associées à des synovites des MCPs et IPPs. Un ordre unique de stéroïdes sous forme de Diprophos IM a été donné. Une demande a été faite à l'assurance pour un nouveau traitement biologique pour remplacer le Taltz.

Veillez trouver ci-joint le rapport de consultation de janvier et septembre 2022.

**2. Nomination du/des diagnostic/s (étayé/s par les critères CIM-10 et corrélé/s par le status et les éléments anamnestiques), description de l'éventuelle aggravation de son état de santé avec un status précis et depuis quand.**

- Arthrite psoriasique.
- Syndrome de Sjörger.
- Possible syndrome douloureux chronique.

**3. Evolution du traitement psychotrope et du suivi thérapeutique.**

C'est à voir avec le psychiatre impliqué dans les soins du patient ou avec le médecin traitant.

Nous ne nous occupons pas du tout de cet aspect.

**4. Enumération des limitations fonctionnelles d'ordre physique.**

- Limitation du port de charge à 5 kg.
- Fatigabilité.
- Alternance des position[s] requise.
- Dextérité affectée par les synovites pendant les crises.

**5. Taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles, pour quel(s) motif(s) et depuis quand.**

Difficile à évaluer à ce stade devant les synovites.

**6. Faut-il s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage, pour quel(s) motif(s) et depuis quand.**

-

**7. Remarques quant au contenu du rapport d'examen de l'expert rhumatologue (erreurs, omissions, lacunes, contradictions, ...).**

-".

L'OAI a requis le point de vue du SMR sur les éléments recueillis au dossier dans le cadre de la procédure d'audition qui, par la voix de la Dre N. \_\_\_\_\_, a estimé qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux justifiant une aggravation ou une atteinte à la santé durable, il n'y avait pas de raison médicale de modifier sa position (avis médicaux « Audition » des 14 septembre et 14 décembre 2022).

Par décision du 10 janvier 2023, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 21 juin 2022. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'assuré.

Le 3 février 2023, l'OAI s'est vu remettre une lettre de sortie provisoire du 23 janvier 2023 de la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service de chirurgie générale des [...] ([...]), à la suite d'une intervention élective pour fistule anale inter-sphinctérienne distale réalisée durant le séjour de l'assuré du 19 au 21 janvier 2023. Cette intervention n'a pas connu de complications, avec des suites post-opératoires simples et afebriles ; les douches avaient débuté le 20 janvier 2023 et l'intéressé avait pu regagner son domicile le lendemain. Le traitement par Taltz devait être repris à deux semaines de la fin de la cicatrisation.

**D.** Par acte du 13 février 2023, T.\_\_\_\_\_, représenté par Procap Service juridique, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 10 janvier 2023, concluant à la réforme de la décision précitée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, rediscutant la valeur probante de l'expertise du R.\_\_\_\_\_. Ce faisant, il conteste la capacité de travail entière retenue depuis le mois de juin 2016 dans toute activité adaptée. Il fait valoir, sur la base des derniers rapports de ses médecins au dossier, que l'expertise précitée est doublement mise en doute, d'une part en raison d'une appréciation différente des répercussions des atteintes à la santé déjà présentes et, d'autre part, au vu de l'existence de nouveaux troubles.

Dans sa réponse du 9 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise du R.\_\_\_\_\_, en renvoyant aux deux derniers avis SMR figurant au dossier. Il a produit un avis du 1<sup>er</sup> mars 2023

de la Dre N.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se rallie et qui fait le point de situation final comme suit :

**“Discussion et conclusion :** Nous sommes devant la situation d’un assuré qui présente un rhumatisme psoriasique depuis 2009 associé à un syndrome Sjögren diagnostiqué en 2021 et sans atteinte systémique, évoluant dans le contexte d’un trouble dépressif récurrent depuis 2007 et d’une fibromyalgie, au plan somatique une diminution de l’AV [acuité visuelle] au niveau de l’OG [œil gauche] et de longue date est retenue également. En se basant sur l’expertise du 05.05.2022, nous avons trouvé l’expertise médicalement cohérente et convaincante et nous avons conclu à une CT [capacité de travail] à 100%, inchangée, dans l’AH [activité habituelle] de vendeur et représentant en boucherie (une AA [activité adaptée] pour laquelle l’assuré avait bénéficié des mesures de REA [réadaptation]), l’activité que l’assuré, avait réalisé sans difficulté jusqu’à son accident de voiture qui n’a pas entraîné d’atteinte supplémentaire d’après l’évaluation des experts.

En se basant sur le dernier rapport à notre disposition, nous constatons une réintervention pour une fistule anale avec des suites opératoires simples. L’intervention pour une fistule anale médicalement ne devrait pas entraîner une IT [incapacité de travail] durable. Une période de 3-4 semaines de convalescence est médicalement admise.

Concernant les pages 5 à 6 de l’acte de recours, il est demandé aux experts d’évaluer la CT fonctionnelle en lien avec les LF [limitations fonctionnelles] objectivées par l’examen clinique et par le bilan para-clinique et leur répercussion globale sur toutes les activités. Les experts ont été médicalement cohérent et convaincant dans leur évaluation. Les derniers rapports au dossier n’apportent aucun élément médical nouveau justifiant une IT durable et en dehors des hypothèses diagnostics déjà évoqués, évalués et/ou écartés par l’expertise et sans confirmation para-clinique (imagerie-biologie), au plan somatique sans un traitement ayant montré une efficacité et au plan psychique avec un traitement inchangé. Donc, devant les LF inchangées ayant fait déjà l’objet d’une évaluation pluridisciplinaire et en absence d’élément médical nouveau justifiant une aggravation durable de l’état de santé, nous n’avons aucune raison médicale pour nous écarter des conclusions de l’expertise. Il n’y a dès lors pas de raison de modifier notre position.”

**E.** Par décision du 20 février 2023, T.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l’assistance judiciaire avec effet au 16 février 2023. Il était exonéré du paiement d’avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

**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.

**b) aa)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**bb)** En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en février 2020 de sorte que le droit éventuel au versement de la

rente existerait dans le courant 2021. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

**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.

**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).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [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, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

**4.** 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).

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

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

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient 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 (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**6. a)** En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 6 mai 2019. L'OAI avait supprimé la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 sur la base d'un avis du 14 janvier 2019 de la Dre C. \_\_\_\_\_, du SMR, qui avait fait le point de situation comme suit :

"[...] Le rapport final de la REA [réadaptation], suite à des MNR [mesures de nouvelle réadaptation], mentionne que l'assuré a retrouvé une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% et une activité lucrative à 100% auprès de la Boucherie du [...] à [...], dès le 01.06.2016.

Vous posez la question depuis quand on peut estimer une date d'amélioration pour faire un projet de suppression de la rente.

*Notre avis :* en l'absence des documents médicaux récents attestant une péjoration de l'état de santé depuis le 01.06.2016, date à laquelle l'intéressé a retrouvé sa capacité de travail à 100%, semble-t-il (GED, le 30.01.18), nous sommes d'accord de prendre cette date, selon vraisemblance prépondérante, comme début de l'amélioration. Il est étonnant que l'intéressé a repris une activité professionnelle (boucherie), nécessitant des efforts, position debout prolongée et port des charges lourdes (viande), empêchements liés à sa pathologie rachidienne lombaire et peu compatibles avec un telle activité."

**b)** L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 12 février 2020, mais l'a rejetée sur la base du rapport d'expertise établi le 5 mai 2022 par le R. \_\_\_\_\_, comprenant un volet de médecine interne, un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Ce faisant, l'office intimé a estimé que la situation était

superposable à celle qui prévalait lors de la précédente instruction en l'absence d'une nouvelle atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail et de nouvelles limitations fonctionnelles, et que la capacité de travail du recourant demeurait de 100 % depuis le mois de juin 2016 dans toute activité adaptée.

**aa)** Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 5 mai 2022 du R.\_\_\_\_\_ satisfait toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur d'un tel document (cf. consid. 5 b-c supra). Les experts ont en effet bien exposé les motifs les conduisant à retenir une capacité de travail de 100 % dans toute activité adaptée (dont la profession habituelle) aux limitations fonctionnelles. Leur rapport est le fruit d'une analyse approfondie des différents rapports successifs, en ce qu'il comporte une anamnèse détaillée, une étude du dossier médical mis à la disposition des experts, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il renferme une appréciation minutieuse et claire de la situation fondée sur des examens cliniques spécialisés, aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Partant, l'OAI était légitimé à se fonder sur l'expertise, probante, du R.\_\_\_\_\_.

**bb)** Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du R.\_\_\_\_\_ comprend un volet de médecine interne, investigué par le Dr B.\_\_\_\_\_.

Celui-ci pose les diagnostics de surcharge pondérale, de psoriasis connu depuis 2009, de status après opération des varices au niveau des jambes, de stéatose hépatique connue, de reflux gastro-œsophagien traité, de diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche, de status après tuberculose latente traitée pendant neuf mois par Isoniazide et d'accident de la voie publique en 2018. Il retient que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 % en tenant compte de sa limitation au niveau de l'acuité visuelle, qui l'empêche d'exercer un travail de nuit et de conduire pendant la nuit.

**cc)** Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du R. \_\_\_\_\_ comprend ensuite un volet de psychiatrie, investigué par le Dr E. \_\_\_\_\_.

Celui-ci retient comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), sans répercussion sur la capacité de travail.

Il convient de s'assurer que l'expert psychiatre a dégagé une appréciation qui satisfait aux réquisits posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. consid. 4 supra).

Il y a lieu de souligner tout d'abord que le Dr E. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic précité en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et sur la base des éléments cliniques constatés lors de son examen du 16 mars 2022. Il note l'existence d'antécédents de dépression dont l'un a même nécessité une hospitalisation lors de laquelle il a été retenu un trouble de l'adaptation, notamment en raison d'une séparation mal vécue. L'intéressé dit avoir eu des idées suicidaires, mais sans passage à l'acte ni scénarisation de mort. Ensuite, l'expert psychiatre expose en les détaillant les raisons médicales pour lesquelles il ne retient pas de trouble de l'adaptation même après l'accident de la voie publique à l'origine d'une recrudescence des douleurs et d'une rechute, pas d'addiction, pas de trouble somatoforme, pas de trouble de personnalité paranoïaque, pas d'anxiété constante, flottante, éliminant ainsi un trouble panique, et pas d'agoraphobie. Il prend en outre le soin de lister les avis des divers psychiatres ayant vu l'assuré depuis 2004. Au jour de son examen, l'expert psychiatre ne retrouve pas de trouble de la sphère psychotique, pas de manifestations neurovégétatives, pas d'onychophagie, pas de changement de couleur de peau ou de tonalité de voix, pas d'agressivité ou d'irritabilité. Il constate uniquement des difficultés d'adaptation avec une baisse de la persévérance, un léger trouble de l'attention, une fatigue et fatigabilité, avec pleurs, pessimisme, baisse de l'élan vital, sans euphorie inadéquate, un ralentissement psychomoteur et une

bradypsychie. Le résultat d'examens biologiques du 16 mars 2022 témoigne d'une bonne observance médicamenteuse et l'expert indique que le recourant est actuellement traité par Trittico. Il souligne également que ce dernier a de bonnes capacités d'organisation et qu'il sait s'adapter aux règles et aux routines, qu'il est flexible, qu'il a confiance en ses compétences, qu'il peut facilement porter des jugements sur autrui, que l'activité spontanée et la persévérance sont faibles, et qu'il est capable de donner son avis. L'expert a en outre décrit que les rapports de l'assuré avec sa famille sont mauvais, si bien qu'il n'a de contact qu'avec son frère. Pour le reste, l'intéressé ne présente pas d'agressivité, d'irritabilité et il peut travailler en groupe ; son hygiène est correcte. Il est titulaire du permis de conduire mais il ne conduit pas, peut demander l'aide des autres et prendre les transports en commun. L'expert psychiatre a posé finalement une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité de travail entière de l'assuré.

**dd)** L'aspect rhumatologique a quant à lui été évalué par le DrS.\_\_\_\_\_, lequel retient le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de « douleur lombaire, sans irradiation dans les membres inférieurs, persistante après chirurgie pour spondylolisthésis L5-S1 de grade I, non déficitaire, M54.4, Z92.4 » et les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de « fibromyalgie, M79.7 » et de « syndrome sec se manifestant par une xérostomie, dont la biopsie des glandes salivaires accessoires permet de poser le diagnostic de syndrome de Sjögren, sans atteinte systémique, M35.0 ». Cet expert a procédé, comme ses confrères, à un examen très complet du recourant au terme duquel il a, sur la base de ses propres constatations cliniques, évalué la capacité de travail du recourant à 100 % depuis toujours dans une activité adaptée telle que sa profession de vendeur et représentant en boucherie réalisée sans difficulté jusqu'à l'accident de voiture en 2018 qui n'a pas entraîné d'atteinte à la santé supplémentaire. Les limitations fonctionnelles retenues sont : « pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à faux du buste, port de charge proche du corps limité à 15 kg ». Dans ce contexte, l'expert ne formule aucune proposition thérapeutique.

**c)** Rien au dossier, ne permet de retenir que le recourant ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs somatiques ou psychiques, d'exercer une activité lucrative adaptée à plein temps. Les rapports médicaux produits par le recourant sont insuffisants à cet égard pour faire douter du bien-fondé des conclusions des experts. Ainsi, les diagnostics mentionnés par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 6 juillet 2022 ont tous été envisagés et exclus par les experts. Par ailleurs, ces derniers ont bien pris connaissance de ce rapport médical (cf. expertise p. 38, item 93). Aussi, le médecin traitant, en se basant sur des diagnostics et restrictions fonctionnelles identiques et en retenant la même probabilité qu'une partie de la fatigue soit en lien avec la maladie auto-immune à l'origine d'une baisse de rendement, évalue la capacité de travail de son patient à 50 % dans une activité adaptée. Dans ces conditions, l'avis distinct du Dr M. \_\_\_\_\_ paraît procéder tout au plus d'une simple appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas, contrairement à ce que les experts ont fait au terme de leur évaluation consensuelle. Quant au rapport du 24 octobre 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant du recourant, il n'apporte aucun élément nouveau dont n'auraient pas tenu compte les experts. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Pareil raisonnement vaut également pour le rapport du 7 novembre 2022 de la Dre A. \_\_\_\_\_, laquelle a au demeurant admis qu'elle était dans l'impossibilité de se prononcer sur les répercussions des difficultés d'ordre somatique sur la capacité de travail du recourant.

S'agissant de l'opération intervenue le 19 janvier 2023 en lien avec la fistule anale apparue après l'expertise du R. \_\_\_\_\_, aucun élément au dossier ne permet de retenir que celle-ci a été invalidante. Au contraire, la lettre de sortie provisoire du 23 janvier 2023 fait état des suites opératoires simples et afébriles. Un constat identique peut être

posé pour la sécheresse oculaire marquée dans le cadre du syndrome de Sjögren traitée par Zaditen et Optava mise en évidence par le DrG. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 mai 2022. De même, le diagnostic de cataracte nucléaire (rhumatisme) retenu par cet ophtalmologue reste sans répercussion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts sur le plan de la médecine interne (« il ne peut pas exercer un travail de nuit, ni conduire pendant la nuit ») en raison de l'acuité visuelle réduite dont ils ont tenu compte (cf. expertise, volet de médecine interne, p. 8).

Quant à l'hypothèse diagnostic d'une maladie de Crohn évoquée par le Dr M. \_\_\_\_\_ en juillet 2022 qui mentionne que ce genre d'atteinte peut être associée au rhumatisme psoriasique, on ne peut que constater l'absence d'éléments au dossier (plainte ou limitation fonctionnelle) lors de l'expertise au R. \_\_\_\_\_ (cf. expertise, volet de médecine interne, pp. 7 - 10) attestant le caractère incapacitant d'une telle maladie. En outre, et comme le SMR l'observe dans son avis du 14 septembre 2022, en cas de confirmation de ce diagnostic et des restrictions fonctionnelles en lien avec cette pathologie, la situation devra faire l'objet d'une nouvelle évaluation.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucune aggravation incapacitante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation du recourant s'avère superposable à celle qui avait cours le 6 mai 2019. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**7. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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).

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

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 T. \_\_\_\_\_),
- 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 :