

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s. et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 59 al. 2bis LAI ; 49 al. 1 et  
88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)H.**\_\_\_\_\_H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), [...]en [...], séparé, père de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, exerçait la profession de carreleur indépendant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1993.

Le 16 février 1995, l'assuré a déposé une première demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de problèmes au dos, à l'épaule et à la jambe existant depuis 1993.

Dans un rapport du 24 août 1994, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et C.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic de troubles délirants (paranoïaques) de type somatique et ont estimé qu'une incapacité de travail à temps partiel pouvait représenter la reconnaissance de la souffrance de l'assuré, tout en préservant une part active qui lui permettrait de rester en contact avec un entourage nécessaire.

Dans un rapport du 31 mai 1995, le Dr Z.\_\_\_\_\_, généraliste, a diagnostiqué des troubles délirants paranoïaques de type somatique. Il a estimé la capacité de travail de l'assuré nulle depuis le 13 février 1995 dans l'activité habituelle de carreleur indépendant. Selon ce médecin, l'affection psychiatrique était déterminante ; les affections somatiques n'entravaient pas l'exercice de la profession habituelle de l'intéressé ; les douleurs allant du coccyx au vertex avec sensation de blocage des membres inférieurs, de la région fessière et du pli de l'aîne droite et irradiation douloureuse jusqu'au talon, les douleurs précordiales, les difficultés respiratoires, les douleurs de l'épaule droite, les douleurs au membre supérieur droit, etc. avaient conduit l'assuré à consulter à plusieurs reprises son ancien médecin traitant, à être hospitalisé au CHUV, à être vu par le médecin-conseil de l'assureur-maladie et à s'adresser à plusieurs spécialistes de Lausanne et en Italie ; l'examen clinique était

normal, les différents bilans hématologiques de chimie sanguine, l'examen des urines et des bilans radiologiques n'avaient rien montré de particulier.

Aux termes d'un rapport d'expertise du 12 août 1995, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, était d'avis que la présence de plaintes algiques diffuses et atypiques attribuées par l'assuré à une éventuelle pathologie organique, non-confirmée objectivement, indiquait un « trouble délirant paranoïaque de type somatique ». Le diagnostic différentiel de somatisation pouvait être évoqué, mais pas retenu. Le pronostic demeurait très réservé avec une incapacité de travail totale de l'assuré. Aucun reclassement n'était de mise. Un travail psychothérapeutique de soutien et un encouragement à une reprise graduelle d'une activité à difficultés croissantes étaient éventuellement susceptibles d'éviter l'évolution vers l'invalidité.

Dans un rapport du 5 juillet 1996, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a fait part de l'absence d'évolution favorable, sans aucune cause somatique susceptible d'expliquer les multiples plaintes de l'assuré. Le status médical était inchangé depuis le 31 mai 1995.

Par décision du 30 août 1996, l'OAI a octroyé à l'assuré un rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1995.

**b)** Une procédure de révision d'office du droit à la rente a été initiée en 2005.

Dans un rapport du 7 février 2003, le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin traitant italien, a posé les diagnostics de fonction cardiaque dans les limites, tonalités valides et rythmées, d'abdomen palpable, et d'hypochondres normaux, chez un assuré qui signalait des douleurs musculaires même lors d'un simple contact.

Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 21 mai 2007, les Drs U.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont posé les diagnostics de syndrome douloureux persistant

somatoforme, de péri-arthropathie musculo-tendineuse huméro-scapulaire droite et de péri-arthropathie musculo-tendineuse coxo-fémorale droite. Ils ont estimé la capacité de travail de l'assuré dans son dernier emploi d'ouvrier du bâtiment et d'aide-carreleur à 75-85 %.

Par rapport du 30 juillet 2007, la Dre ???., \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation, a indiqué que l'assuré avait présenté des troubles délirants paranoïdes qui avaient motivé l'octroi de la rente d'invalidité. Le dernier bilan montrait la disparition de ces troubles, ce que l'expertise pluridisciplinaire précitée avait confirmé. D'après cette expertise, l'état psychique était stable avec un examen normal hormis le trouble somatoforme qui justifiait une incapacité de travail évaluée à 10 - 20 %. Les documents produits en procédure d'audition ne modifiaient pas cette évaluation, en l'absence d'élément en faveur d'une aggravation/décompensation de l'état de santé.

Par décision du 16 août 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a supprimé le droit à la rente de l'assurance-invalidité de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007.

Le 3 septembre 2007, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral, qui, par arrêt du 13 février 2008 (C-6700/2007), l'a déclaré irrecevable.

**B.** L'assuré a travaillé en qualité de maçon-carreleur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010 pour le compte de sa propre société T. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...]. Il a présenté une incapacité de travail à partir du 22 septembre 2017 à la suite d'une chute dans le cadre de son travail.

Dans un rapport du 26 octobre 2017, les médecins de la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du CHUV ont diagnostiqué des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L5 irritatif et déficitaire (sensitif et moteur), avec sténose des récessus latéraux L4-L5 bilatéraux, mises en évidence à l'IRM lombaire d'août 2017, chez un assuré ayant

présenté une acutisation de ses lombalgies chroniques en juin 2017. Une indication neurochirurgicale de décompression devait encore être discutée malgré la disparition de la douleur. Le pronostic était bon avec une récupération lente.

L'assuré a déposé le 17 avril 2018 une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI, en faisant état d'une atteinte à la santé existant depuis juin 2017.

Il ressort d'un rapport employeur du 5 juin 2018 que, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré réalisait un revenu annuel brut de 91'000 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans un rapport du 9 juillet 2018 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic incapacitant de lombosciatalgie avec syndrome radiculaire L5 irritatif et déficitaire (sensitif et moteur) avec sténose des récessus latéraux L4-L5 bilatéraux et pied tombant (depuis 2017). Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une hypertension artérielle (HTA) traitée (depuis 2013). Ce médecin a attesté des incapacités de travail suivantes :

- 100 %, du 22 septembre 2017 au 15 octobre 2017 ;
- 50 %, du 16 au 20 octobre 2017 ;
- 50 %, du 6 novembre 2017 au 28 février 2018 ;
- 100% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient une impossibilité de travailler comme maçon-carreleur et sur des terrains irréguliers (risque de chute très élevé) ainsi qu'une impossibilité de conduire des véhicules avec embrayeur (uniquement automatiques). L'activité habituelle de maçon-carreleur n'était plus exigible de la part de l'assuré pour lequel une profession calme, assise et sans efforts physiques pouvait être envisagée à long terme.

Dans un rapport du 30 novembre 2018, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué la persistance d'un syndrome

radiculaire irritatif et déficitaire L5 gauche, avec des signes de dénervation aiguë et chronique L5 gauche à la myographie. Il a retenu les diagnostics secondaires d'hypertension artérielle traitée et d'hypertrophie bénigne de la prostate traitée. Ce médecin notait la disparition de la douleur aiguë développée dans la région lombaire basse gauche en juin 2017. Néanmoins, en se relevant de la position accroupie, l'assuré pouvait toujours présenter une douleur dans le dermatome L5 à gauche. Il persistait un pied tombant gauche qui causait des chutes à répétition. L'assuré avait aussi développé progressivement une douleur à l'extérieur du pied droit. En arrêt de travail à 100 %, il ne pouvait plus conduire des véhicules avec embrayeur. La médication alliait la prise de Candesartan® 16 mg un demi comprimé par jour et de Tamsulosin® 0,4 mg un comprimé par jour.

Dans un rapport enregistré le 6 février 2019 au dossier, la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, était d'avis qu'en raison des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L5 limitatif et déficitaire (avec sténose des récessus latéraux L4-L5 bilatéraux, pied tombant à gauche et signes de dénervation aiguë et chronique L5 gauche), la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018 et à réévaluer, selon l'évolution de lombalgies, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« limitation du port de charge selon les douleurs, limitation des positions assis/debout/en mouvement selon la douleur »).

Par rapport du 21 mars 2019, le Prof. X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de troubles subjectifs de la motricité du membre inférieur gauche d'origine indéterminée, de troubles dégénératifs lombaires modérés sans compression neurologique et d'hypertension artérielle traitée. Un bilan radiologique de la colonne lombaire avait révélé que l'assuré présentait quelques troubles dégénératifs assez banaux pour son âge, avec des discrets ostéophytes de traction surtout en L3-L4 antérieurement. Il n'y avait pas de coxarthrose. Ce médecin restait particulièrement perplexe devant l'examen clinique malgré les

constatations électrophysiologiques du Dr A. \_\_\_\_\_ en indiquant que l'assuré arrivait quand même à courir ce qui était un bon signe de force des membres inférieurs. L'examen clinique débordait de la simple parésie objectivable des releveurs à droite avec un extenseur de l'hallux qui avait une force normale. Sans s'oser à un diagnostic neurologique, le Prof. X. \_\_\_\_\_ relevait toutefois une discordance « entre le subjectif et l'objectif » en laissant le soin à ses confrères neurologues de pousser les investigations plus loin au niveau central si nécessaire. Au terme de sa consultation, ce chirurgien n'était pas en mesure d'établir de relation claire entre l'état de santé de l'assuré et une pathologie rachidienne « en tout cas actuelle ». En annexe à ce rapport était joint celui d'une IRM lombo-sacrée effectuée le 19 décembre 2018 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin radiologue, qui avait mis en évidence chez l'assuré une discopathie dégénérative débutante en L2-L3 et L3-L4, et modérée en L4-L5 et L5-S1 ; à l'étage L4-L5, un débord discal circonférentiel, venant en contact de l'émergence radiculaire L5 bilatéralement, et surtout du côté gauche, susceptible d'irriter cette racine L5 gauche au niveau foraminal ; une arthrose facettaire postérieure bilatérale des trois derniers étages, en poussée congestive modérée prédominante du côté gauche.

Dans un rapport du 24 décembre 2019, les Drs E. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et B. \_\_\_\_\_, médecin assistante, de la Consultation de Neurologie Générale du CHUV, ont indiqué que les potentiels évoqués sensitivomoteurs récemment effectués revenaient normaux, permettant d'exclure définitivement une origine centrale aux plaintes de l'assuré. L'origine des lombalgies avec déficit moteur du membre inférieur gauche était le plus probablement en lien avec la discopathie connue et le probable conflit radiculaire L5 selon les IRM à disposition. L'assuré ne voulait pas être opéré. Il avait été informé de la possibilité d'être réadressé auprès des médecins de l'Unité Spinale, ce qu'il ne souhaitait pas.

Dans un rapport enregistré le 24 février 2020 au dossier, la Dre Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, (pour la Dre I. \_\_\_\_\_), a fait part d'une évolution stationnaire depuis le précédent rapport de

février 2019. Elle a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans son ancienne activité et indiqué que la capacité de travail n'avait jamais été évaluée dans une activité adaptée (sans marche en terrain irrégulier, position en hauteur [risque de chute], position statique assise ou debout prolongée, ni port de charges). Cette médecin confirmait que l'assuré ne souhaitait pas se faire opérer.

Aux termes d'un rapport de consultation du 28 février 2020, le DrF.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a constaté que, pour son prostatisme, l'assuré était globalement satisfait sur le plan mictionnel, avec des urines claires sous traitement de Pradif® et Prostagutt®.

Par avis du 4 mai 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a indiqué que l'assuré présentait une lombosciatique gauche L5 avec une discordance radio-clinique. Si la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle de maçon, sa capacité de travail pouvait être entière dans une activité adaptée sédentaire en faisant abstraction des facteurs non-médicaux tels que la maîtrise de la langue française, l'âge ou la formation qui ne pouvaient être pris en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il était nécessaire de disposer d'une évaluation objective excluant les facteurs psycho-sociaux en demandant une expertise mono-disciplinaire rhumatologique. Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_ précisait ne pas retentir de limitations fonctionnelles dans d'autres axes.

Selon un compte-rendu de la permanence SMR du 14 juillet 2020, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire malgré les plaintes multiples de l'assuré (qui disait également souffrir de problèmes d'ordre neurologique, ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique), dont l'atteinte consistait en une lombosciatalgie pour laquelle un rhumatologue était parfaitement compétent afin de déterminer la capacité de travail.

Par courrier du 15 juillet 2020 à Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'OAI lui a fait savoir qu'après une nouvelle analyse des pièces au dossier,

un examen rhumatologique était suffisant pour déterminer la capacité de travail de l'assuré. En effet, l'ensemble des investigations neurologiques avaient déjà été effectuées et n'étaient pas remises en cause. Quant au problème oto-rhino-laryngologique, moyennant un appareillage adéquat, il n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. Enfin, les problèmes ophtalmiques étaient inconnus en sorte que l'OAI ne pouvait en tenir compte.

Dans un rapport du 23 septembre 2020, les médecins du Centre [...] de la Mémoire ont, sur la base d'un bilan cognitif du 10 juillet 2020, retenu que les examens mettaient en évidence des troubles cognitifs diffus de type mnésique et attentionnel, avec retentissement sur l'autonomie de l'assuré dans sa vie quotidienne. Pour affiner le diagnostic, l'intéressé devait encore bénéficier de tests neuropsychologiques, d'apnéalink et d'un bilan biologique, avec la précision qu'une IRM cérébrale du 23 septembre 2019 était revenue sans particularité.

L'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique SMR au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 10 novembre 2020, ce médecin a retenu les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Lombosciatalgies chroniques, non irritatives, avec un possible déficit des releveurs du pied G, dans un contexte de protrusion discale L4-5, avec une sténose bilatérale des récessus bilatéraux ; présence de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés. M54.4.

[...]

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Douleurs du MID [membre inférieur droit] d'étiologie indéterminée.
- Status post-fracture du grill costal.”

Au terme de son examen, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 22 septembre 2017, de 50 % à partir du 16 octobre 2017, puis à nouveau nulle depuis le 1<sup>er</sup> mars

2018 dans son activité habituelle de maçon-carreleur. Depuis le 28 novembre 2018, l'intéressé bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, et pas de position debout statique au-delà de vingt minutes. *Membre inférieur gauche* : Pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, et l'utilisation d'un véhicule automatique afin d'éviter d'embrayer. Globalement pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos [charges très légères]). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également précisé que la capacité de travail exigible était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par l'atteinte neurologique du membre inférieur gauche, laquelle atteinte ne revêtait pas de critère de gravité en l'absence claire de pied tombant relevée lors de l'examen ainsi que par le Prof. X. \_\_\_\_\_ qui constatait une faiblesse de M4/5.

Une évaluation économique pour les indépendants a été effectuée le 24 février 2021 au domicile de l'assuré. Dans son rapport du jour suivant, l'enquêteur a notamment expliqué ceci :

"[...] Comme mentionné ci-dessus, ni les comptes d'exploitation de la Sarl ni les revenus inscrits au C.I. ne nous permettent de chiffrer le RS [revenu sans invalidité], raison pour laquelle nous proposons de retenir le montant de Sfr. 94'223.- brut déterminé sur la base des données statistiques de l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] [...]"

Aux termes d'un rapport du 17 décembre 2020, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin au Centre [...] de la Mémoire, a, sur la base de sa consultation du 15 décembre 2020, rassuré l'assuré en excluant l'hypothèse d'une maladie d'Alzheimer. Les répercussions légères et peu significatives pour les activités du quotidien ainsi que la neuropsychologie qui montrait un trouble minime, ne permettaient pas de retenir un diagnostic plus avancé que celui de trouble neurocognitif léger (ou

mineur). Selon ce médecin, les hypothèses étiologiques avancées restaient plausibles, à savoir la combinaison de difficultés d'apprentissage de longue date et les répercussions potentielles d'apnées du sommeil, dont le bilan restait à faire en ambulatoire ; l'assuré signalait notamment une fatigue chronique et des moments fréquents de somnolence en journée avec parfois besoin de s'assoupir plusieurs minutes. Seul un contrôle clinique évolutif dans dix-huit à vingt-quatre mois était prévu au centre de la mémoire.

Par avis SMR du 5 mai 2021, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que d'un point de vue rhumatologique la situation était claire. Sur le plan auditif, il existait une problématique d'adaptation aux appareils auditifs, mais avec une prise en charge adéquate il n'y aurait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Concernant les troubles neurocognitifs, ils étaient caractérisés comme mineurs et existant depuis de longues dates ce qui n'avait jamais empêché l'assuré de travailler dans le passé. Une maladie d'Alzheimer était exclue. Il convenait de poursuivre l'instruction du cas en obtenant des renseignements complémentaires auprès des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, d'adresser une demande de rapport au médecin oto-rhino-laryngologue consulté et de demander à l'assuré s'il bénéficiait d'un suivi psychiatrique, et faire une demande de rapport médical le cas échéant.

Dans un rapport du 26 mai 2021 à l'OAI, la Dre J. \_\_\_\_\_, médecin au Centre [...] de la Mémoire, a indiqué que l'assuré n'avait plus consulté depuis le 15 décembre 2020 et qu'elle n'était donc pas en mesure de répondre au questionnaire adressé dans l'intervalle.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2021 à l'OAI, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait savoir que l'assuré, qu'il connaissait depuis 2012, présentait une presbyacousie légère à sévère accélérée qui nécessitait un appareillage auditif. L'intéressé avait été revu la dernière fois pour une expertise auditive le 3 septembre 2019. Les seules limitations fonctionnelles étaient un déficit de compréhension selon les postes de travail occupés, néanmoins sans une incapacité motrice.

Moyennant le port des appareils, l'assuré conservait une « relativement bonne compréhension ».

Par avis SMR du 7 juillet 2021, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé que le cas était clair d'un point de vue rhumatologique, que d'un point de vue auditif, selon l'oto-rhino-laryngologue traitant, malgré un problème d'adaptation aux appareils auditifs, une prise en charge adéquate éviterait une répercussion sur la capacité de travail, et que les troubles neurocognitifs mineurs, de longue date, en l'absence d'une maladie d'Alzheimer, n'avaient jamais empêché l'assuré de travailler auparavant. Le médecin-conseil du SMR restait encore dans l'attente de savoir si l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique ou non pour prendre position sur le cas.

Dans un rapport reçu le 16 novembre 2021 par l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne (pour la Dre I.\_\_\_\_\_) a, en raison des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L5 gauche irritatif et pied tombant gauche, estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018, et indiqué la possibilité pour l'intéressé d'exercer un travail sans contraintes, à évaluer, adapté aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges, pas de déplacements prolongés, limitation du maintien d'une position prolongée et du travail en porte-à-faux, et pas d'utilisation d'échelles/échafaudages).

Par avis SMR du 20 janvier 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence d'éléments médicaux nouveaux dès lors que le médecin traitant retenait des limitations fonctionnelles similaires à celles prises en compte par le Dr S.\_\_\_\_\_. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'avait aucun élément pour s'écarter des conclusions de l'examen clinique SMR datant de l'automne 2020.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 15 mars 2022, une spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI a notamment relevé que l'assuré avait refusé la proposition d'un stage à plein temps pour déterminer une orientation susceptible de répondre à ses restrictions fonctionnelles et tenant compte, si possible, de ses intérêts.

Dans le document joint intitulé « Calcul du salaire exigible », cette spécialiste a retenu en particulier que l'intéressé pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif du domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle, ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore en tant qu'ouvrier dans le conditionnement.

Par projet de décision du 6 mai 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019, aux motifs que, dès le 28 novembre 2018, il présentait une pleine capacité dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes et pas de position debout statique au-delà de vingt minutes. *Membre inférieur gauche* : Pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre et l'utilisation d'un véhicule automatique afin d'éviter d'embrayer. Globalement pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos [charges très légères]) et que le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 35,27 %. L'OAI a par ailleurs refusé l'octroi de mesures professionnelles compte tenu du fait qu'elles n'avaient pas pu être mises en place au taux de 100 % en sorte que le préjudice économique ne pouvait être réduit.

A l'appui de ses objections du 24 mai 2022, complétées le 29 juin 2022, l'assuré, par son conseil, annonçant qu'il présentait également des troubles psychologiques/psychiatriques, a demandé à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) pour déterminer sa capacité résiduelle de travail. Par ailleurs, il a contesté le calcul du degré d'invalidité, lequel était selon lui de 42,46 % *a minima* et devait dès lors conduire au maintien du droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019.

Aux termes d'un courrier du 14 juillet 2022 faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a pris position sur les arguments invoqués par le conseil de l'assuré, estimant qu'ils n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet du 6 mai 2022.

Par décision du 13 janvier 2023, l'OAI a alloué une rente entière d'invalidité à l'assuré pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019.

**C.** Par acte du 15 février 2023, H.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Hofstetter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018, subsidiairement d'une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019 puis d'un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019, et encore plus subsidiairement à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il fait valoir que son incapacité de travail postérieure au 28 novembre 2018 a été arrêtée à 50 % par la Dre I.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 juin 2020, qui met en lumière la constellation des troubles qui l'accablent et qui n'ont pas uniquement trait aux lombosciatalgies mais apparaissent également d'ordre cognitif/neuropsychologique, voire psychiatrique. Il estime que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'il ne peut exercer une activité adaptée. Il se demande par ailleurs pour quels motifs les médecins ne se sont pas prononcés sur l'existence d'un plein rendement, alors qu'il est douteux qu'il puisse exercer une activité à plein rendement. Dans un autre moyen, le recourant conteste l'abattement de 10 % retenu sur le revenu d'invalidé, estimant que celui-ci ne pouvait être inférieur à 15 % compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son âge, ainsi que de sa longue période d'inactivité, de sa faible maîtrise du français et de son absence de formation professionnelle. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avec volets de rhumatologie, psychiatrie, orthopédie et neuropsychologie) par le Tribunal pour déterminer sa capacité de travail résiduelle. Avec son recours, il a produit un rapport de la Dre I.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2020

évaluant la capacité de travail de l'intéressé à au moins 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« limitation du port de charge, possibilité de pouvoir changer de position selon les douleurs et absence de marche ou activité en terrain instable vu le risque de chute ») tout en laissant le soin à ses confrères spécialistes de se prononcer et posant les problèmes en cours/diagnostics suivants :

“Lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L5 G irritatif et pied tombant G :

- signes de dénervations aigüe et chronique L5 gauche à la myographie (ENMG nov 2018)

- IRM 12.2018 : discopathie dégénérative débutant en L2-L3 et L3-L4 et modérée en L4-L5 et L5-S1. Débord discal L4-L5 circonférentiel avec irritation de la racine L5 bilatéralement et surtout du côté gauche au niveau foraminal. Arthrose facettaire postérieure bilatérale des trois derniers étages en poussée congestive modérée et prédominante du côté gauche.

- troubles fonctionnels associés de la motricité du membre inférieur gauche selon prof X. \_\_\_\_\_

- 12.12.19 : Potentiels évoqués sensitivomoteurs normaux (origine centrale exclue)

- bilan neurpsy en attente

HTA [hypertension artérielle] traitée

Surpoids avec BMI [Body Mass Index] à 25.7 (août 2019)

Hypercholestérolémie non traitée (Calcul GSLA 2.8 % en janvier 2020)

Ancien tabagisme actif à 30UPA stoppé en 2003

PSA [prostate] pathologique en augmentation à 5.26 (4.12 sept 2018) avec :

- TR [toucher rectal] non suspect

- Us rénal sans dil[a]tation pyélocalicielle, US prostatite de 45ml

- IRM nov 2018 avec 2 lésions PIRADS 4 4p ; PIRADS 3 8p

- Biopsies 22.11.18 : prostatite chronique + microfoyer de PIN de haut grade sans carcinome invasif

Prostatisme compensé sous tamsulosine

Ejaculation rétrograde médicamenteuse (nov 2018)

Presbyacousie légère à sévère bilatérale avec appareillage depuis juin 2019 (reconnu comme maladie professionnelle par la SUVA)

Insuffisance veineuse de stade C1 ddc [des deux côtés] (bilan angio septembre 2019)

Troubles visuels”

Dans sa réponse du 13 avril 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève que les rapports médicaux produits ne sont pas de nature à valablement remettre en question sa position, laquelle repose sur les avis successifs du SMR. Par ailleurs, il observe que ni l'âge du recourant ni les autres facteurs invoqués, tels que le manque de formation ou les difficultés linguistiques,

ne sont déterminants pour permettre de revoir le taux d'abattement retenu.

En réplique, le 12 juin 2023, le recourant a maintenu sa position. L'OAI en a fait de même le 23 juin 2023.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à mettre un terme au 28 février 2019 à la rente entière accordée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018.

**3. a)** 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). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**b)** En l'espèce, par décision du 13 janvier 2023, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019. Celui-ci étant âgé de plus de 55 ans révolus en date du 1<sup>er</sup> janvier 2022, il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4.** 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 comme en l'espèce 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.

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)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**d)** 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).

**e)** 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).

**f)** Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Des avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. arrêt 9C\_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C\_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 8C\_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4).

**6. a)** En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 17 avril 2018 par le recourant. Pour le SMR, il n'est pas contesté que l'activité habituelle de maçon-carreleur du recourant n'est plus exigible et qu'il a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité à compter du 22 septembre 2017. Il est par ailleurs admis qu'il a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019.

Cela étant, l'OAI a estimé, sur la base de l'examen rhumatologique mis en œuvre auprès du SMR le 11 juin 2020, que le recourant avait recouvré, à compter du 28 novembre 2018, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-

extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes et pas de position debout statique au-delà de vingt minutes. *Membre inférieur gauche* : Pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre et l'utilisation d'un véhicule automatique afin d'éviter d'embrayer. Globalement pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos [charges très légères]), ce qui l'a conduit à nier le droit à la rente postérieurement au 28 février 2019.

Le recourant conteste cette appréciation, en se fondant pour l'essentiel sur le rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2020. Il ajoute ne pas pouvoir déployer une activité adaptée au vu de ses limitations fonctionnelles nombreuses et variées.

Ce point de vue ne peut toutefois être suivi.

**b)** Le recourant a fait l'objet d'un examen rhumatologique au SMR, le 23 septembre 2020, au demeurant postérieur au rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2020, lors duquel le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin rhumatologue examinateur, a posé le diagnostic principal de lombosciatalgies chroniques, non irritatives, avec un possible déficit des releveurs du pied gauche, dans un contexte de protrusion discale L4-5, avec une sténose bilatérale des récessus bilatéraux ; présence de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés (M54.4). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des douleurs du membre inférieur droit d'étiologie indéterminée et un status post-fracture du grill costal. Au moment d'apprécier le cas, l'examineur a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'examen clinique rhumatologique, pp. 9 et 10) :

"[...] L'examen clinique montre un homme de 56 ans, en BEG [bon état général], avec un léger surplus pondéral ou l'équivalent d'un BMI [Body Mass Index] de 26.5 (préobésité). La TA [tension artérielle] est légèrement augmentée à 100 mmHg pour la TA diastolique, alors que l'assuré a pris son traitement antihypertenseur d'Atacand® ; nous conseillons à l'assuré de la faire contrôler chez

son MT [médecin traitant]; il n'y a pas de signes pour une insuffisance cardiaque.

L'assuré est irritable au début de l'entretien, lorsque nous lui demandons de préciser son activité professionnelle; nous lui expliquons le but de l'examen et que nous avons besoin d'entendre les choses de sa part, il se détend peu à peu et est collaborant par la suite. Nous ne constatons pas de fatigue, l'assuré est dynamique, il n'y a pas de tristesse.

L'examen des fonctions supérieures montre une fluence verbale normale, l'assuré comprend et s'exprime bien en français, il ne l'écrit pas. Dans le descriptif de ses problèmes médicaux, l'assuré n'a pas de troubles mnésiques, ni dans le descriptif de l'âge des membres de sa famille. Il est orienté dans le temps et dans l'espace.

L'assuré prend 3-4 cp d'anti-inflammatoire par semaine sous forme de kétoprofène (Oki). En parallèle, il applique de la pommade Voltaren® sur son dos et ses jambes.

L'examen neurologique des MI [membres inférieurs] montre une trophicité musculaire normale, il n'y a notamment pas de fonte musculaire sur la loge antérieure de la jambe gauche concernée par les releveurs des orteils et du pied. L'assuré a globalement des réflexes qui sont faibles; nous n'obtenons pas de réflexe rotulien à G [gauche], ni de réflexes achilléens. Nous n'avons pas de parésie claire, il existe des incohérences: au testing musculaire, l'assuré fait initialement une extension de la cheville normale et symétrique contre une résistance modérée; juste après il annonce que son pied G ne bouge pas; nous faisons un testing de l'inversion-éversion du pied G, l'assuré ne bouge pas son pied, nous ne constatons pas de contracture musculaire; l'assuré marche normalement à plat à pieds nus, notamment il déroule normalement le pas, il ne steppe pas. Sur le plan sensitif, l'assuré a une hypoesthésie diffuse de toute la jambe et du pied à G au piqué comparativement au côté D. Il n'y a pas de sciatalgie ou de cruralgie irritative que ce soit lors de la manœuvre de Lasègue ou de la manœuvre de Lasègue inversé.

L'examen articulaire des MS [membres supérieurs] est normal.

L'examen des hanches est normal, avec une mobilité complète, indolore, il n'y a pas d'arrêt dur pour une coxarthrose. L'examen du pied D [droit] est normal, l'assuré n'a notamment pas de douleurs à la palpation de la face latérale.

Au niveau du rachis, l'assuré a une légère augmentation de sa cyphose, avec une flèche de 5.5 cm (N=5cm), un début de relâchement de sa sangle abdominale; il n'a pas d'attitude antalgique. Il a une mobilité en flexion à la limite inf. des normes en flexion, avec un indice de Schober de 10-14.5cm (norme 10-15cm), nous répond que cela va s'il fait la manœuvre une fois; l'extension est limitée de 1/3, cela tire un peu au niveau lombaire. La palpation est douloureuse en L5, sans contracture. L'assuré fait ses transferts assis/debout avec une vitesse fluctuante de normale à légèrement ralentie. Globalement, nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Le score de Waddell est positif à la recherche de signes comportementaux avec 3 signes/5.

L'assuré n'apporte pas de documents RX ; nous avons à disposition 2 comptes-rendus RX. Selon le radiologue, la 1<sup>ère</sup> IRM lombaire du 10.08.2017 montre une protusion discale postérieure diffuse prédominant légèrement à D, en L4-L5, sans sténose canalaire significative, mais entraînant une légère contrainte morphologique bilatérale symétrique des racines L5 sur les séquences myélographiques ; il existe également une atteinte dégénérative modérée des articulations postérieures lombaires basses.

Le radiologue décrit dans l'IRM lombosacrée du 19.12.2018 une discopathie modérée en L4-5 et L5-S1, avec un débord discal circonférentiel en L4-5 venant au contact de l'émergence radiculaire L5 bilatéralement et surtout du côté G. Il retrouve l'arthrose facettaire postérieure bilatérale des 3 derniers étages. Les 2 radiologues ne décrivent pas de hernie discale. [...]"

L'examineur a fixé les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique à toute activité sans mouvements répétés de flexion-extension du tronc, sans attitude prolongée en porte-à-faux, sans position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, sans position debout statiques au-delà de vingt minutes, sans montée-descente répétée d'escaliers, sans travail en hauteur ou sur un plan instable, sans marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, et impliquant l'utilisation d'un véhicule automatique afin d'éviter d'embrayer ainsi que pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos (charges très légères).

Dans le cadre de son examen clinique rhumatologique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a procédé à une anamnèse complète, reprenant les nombreux rapports médicaux, décrit le déroulement représentatif d'une journée type du recourant, pris en compte les plaintes de l'intéressé, effectué des examens cliniques par système, émis des constatations circonstanciées et motivé ses conclusions. Le rapport est exempt de contradictions et les autres médecins spécialistes consultés n'ont pas émis des opinions suffisamment étayées objectivement aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du Dr S.\_\_\_\_\_.

Le rapport d'examen rhumatologique peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 5 e-f supra). En outre, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que la question du rendement n'a pas été abordée par l'OAI. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a en effet pris

en compte cet élément dans le cadre de son appréciation étayée et convaincante de la situation. Il a précisé que la capacité de travail du recourant était déterminée, sur le plan rhumatologique, par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par l'atteinte neurologique du membre inférieur gauche. Or en présence d'une atteinte neurologique qui ne revêtait pas de critères de gravité, en l'absence claire de pied tombant, ce qui était également retrouvé dans l'examen du Prof. X.\_\_\_\_\_, il a retenu que dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles d'épargne et du rachis lombaire, évitant de surcharger le membre inférieur gauche, l'exigibilité était complète.

Quant aux troubles multiples dont le recourant fait état, ils ont été pris en compte.

En particulier, au plan urologique, l'urologue traitant relève que son patient lui-même est globalement satisfait sur le plan mictionnel, avec des urines claires sous traitement de Pradif® et Prostagutt® ; l'urologue traitant ne le voit au demeurant qu'à une fréquence de six mois (cf. rapport du 28 février 2020 du DrF.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie).

Sur le plan oto-rhino-laryngologique, l'oto-rhino-laryngologue traitant décrit une presbyacousie légère à sévère accélérée nécessitant un appareillage auditif ; la dernière consultation du patient remonte au 3 septembre 2019 ; les limitations fonctionnelles consistent en un déficit de compréhension selon les postes de travail occupés, néanmoins sans une incapacité motrice ; moyennant le port des appareils, l'assuré conserve une « relativement bonne compréhension » (cf. rapport du 1<sup>er</sup> juin 2021 du Dr U.\_\_\_\_\_. Dans ses avis SMR des 5 mai et 7 juillet 2021, le DrG.\_\_\_\_\_ estime dès lors que selon l'oto-rhino-laryngologue traitant, malgré un problème d'adaptation aux appareils auditifs, une prise en charge adéquate sur ce plan éviterait une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

Sur le plan cognitif, le recourant a certes fait l'objet d'une investigation, laquelle n'a toutefois pas permis d'établir qu'il présente à ce

niveau une atteinte invalidante. En effet, les potentiels évoqués sensitivomoteurs récemment effectués sont revenus normaux, permettant d'exclure définitivement une origine centrale aux plaintes du recourant ; l'origine des lombalgies avec déficit moteur du membre inférieur gauche est le plus probablement en lien avec la discopathie connue et le probable conflit radiculaire L5 selon les IRM à disposition (cf. rapport du 24 décembre 2019 des Drs E.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, de la Consultation de Neurologie Générale du CHUV). Les examens réalisés par les médecins du Centre [...] de la Mémoire excluent l'hypothèse d'une maladie d'Alzheimer ; les répercussions légères et peu significatives pour les activités du quotidien ainsi que la neuropsychologie qui montre un trouble minime, ne permettent pas de retenir un diagnostic plus avancé que celui de trouble neurocognitif léger (ou mineur ; cf. rapports des 23 septembre et 17 décembre 2020).

On ignore au demeurant sur quelle base le recourant affirme qu'il présenterait également une atteinte au plan psychiatrique, faute d'élément de cette nature dans le dossier instruit à la suite de sa nouvelle demande du 17 avril 2018, dans lequel on ne trouve en l'état pas trace d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, respectivement d'une médication à ce niveau. L'OAI a du reste interpellé le recourant à plusieurs reprises pour savoir si un tel suivi était en place, en vain.

**c)** Finalement, il ne peut pas être fait grief à l'OAI de s'être fondé sur l'examen clinique rhumatologique du Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR et les avis subséquents du SMR pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles mises en évidence à compter du 28 novembre 2018.

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

Dans ce cadre, le recourant s'en prend à l'abattement de 10 % opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité, estimant qu'il devrait, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son âge ainsi que de sa longue

période d'inactivité, de sa faible maîtrise du français ou encore de son absence de formation professionnelle, s'élever à tout le moins à 15 %, ce qui lui ouvrirait le droit à un quart de rente d'invalidité.

**a)** L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

**b)** 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).

**c)** 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. Lorsque comme en l'espèce, 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).

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).

**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).

**e)** En l'occurrence, le revenu sans invalidité n'est pas contesté, pas plus que le revenu d'invalidité. Vérifiés d'office, tous deux peuvent être confirmés. Le recourant estime toutefois que c'est un abattement de 15 % à tout le moins qui devrait être opéré sur le revenu d'invalidité.

L'OAI a tenu compte en l'espèce d'un abattement de 10 % lié aux limitations fonctionnelles du recourant (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position debout ou assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes et pas de position debout statique au-delà de vingt minutes. *Membre inférieur gauche* : Pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre et l'utilisation d'un véhicule

automatique afin d'éviter d'embrayer. Globalement pas de port de charges régulier au-delà de cinq kilos [charges très légères]), qu'il y a lieu de confirmer, le taux d'abattement tenant compte de façon appropriée de ses limitations fonctionnelles.

En tant que facteur étranger à l'invalidité, il n'y a pas lieu de tenir compte du fait que l'âge de la personne assurée peut avoir une influence négative sur la recherche d'emploi (TF 9C\_325/2022 du 25 mai 2023 consid. 6.3 ; TF 8C\_808/2013 du 14 février 2014 consid. 7.3). On ne saurait suivre le raisonnement du recourant qui considère que la jurisprudence fédérale pour les cas d'assurés proches de la retraite serait applicable en l'espèce. Ainsi que l'a souligné le Tribunal fédéral, cette jurisprudence n'entre en ligne de compte qu'à partir de l'âge de 60 ans environ. Le recourant était âgé de 56 ans lors de l'examen clinique du DrS. \_\_\_\_\_ qui a déterminé, le 10 novembre 2020, qu'il disposait d'une capacité résiduelle de travail préservée dans une activité adaptée.

La longue période d'inactivité que mentionne le recourant ne constitue pas un facteur déterminant pour l'abattement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; TF 9C\_329/2012 du 3 octobre 2012 consid. 5). En l'occurrence, le recourant n'a finalement été éloigné du marché de l'emploi que depuis l'automne 2017 en sorte que cet aspect ne peut être érigé en facteur supplémentaire de réduction.

C'est également en vain que le recourant se réfère à ses capacités linguistiques déficientes comme facteur d'abattement dès lors que le niveau de qualification professionnelle déterminant ne nécessite en l'espèce pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. par exemple TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 ; TF 9C\_777/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.3 et TF 9C\_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3).

Quant au manque de formation invoqué par le recourant, il ne s'agit pas d'un facteur limitant les perspectives salariales admis par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Enfin, on rappellera que le salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pris en compte par l'intimé dans sa décision au titre de revenu avec invalidité recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles au recourant au vu de ses limitations fonctionnelles et sans aucune formation préalable particulière (cf. TF 9C\_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4). A cet égard, l'OAI est d'avis que le type d'activité qui pourrait être réalisé est un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle, ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou encore en tant qu'ouvrier dans le conditionnement. Aussi, on ne voit pas que ses restrictions fonctionnelles impliquant une activité dans un poste léger, tel que décrit par l'intimé, rendraient l'exigibilité inexploitable sur un marché du travail équilibré. On rappellera que le recourant est doté d'une capacité de travail entière et que lesdites restrictions ont pour but essentiellement de ménager le rachis, ainsi que l'usage des membres inférieurs, ce qui n'exclut manifestement pas des activités administratives ou industrielles légères.

**f)** Finalement un abattement de 10 % paraît justifié compte tenu de l'ensemble des circonstances pertinentes. Les arguments du recourant selon lesquels c'est un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à un quart de rente au minimum qui devrait être retenu ne sont dès lors pas pertinents.

**8. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie, orthopédie et neuropsychologie) afin de déterminer sa capacité de travail restante.

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

**b)** La procédure de recours en matière de 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 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 mis à la charge de H.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour H. \_\_\_\_\_),
- 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 :