

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mmes Pasche et Brélaz Brailard, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Yvan Henzer, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, est marié et père de famille. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé diverses activités non qualifiées dès son entrée en Suisse en 1995, essentiellement dans le bâtiment en qualité de maçon.

A l'issue d'une procédure de détection précoce, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité en déposant une demande formelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 9 octobre 2014. Il précisait souffrir de problèmes de dos et aux jambes. Une incapacité totale de travail avait été prononcée dès le 2 décembre 2013 par son médecin généraliste traitant, le Dr C. _____.

Par rapport complété le 21 novembre 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr C. _____ a fait état du diagnostic incapacitant de lombalgie. Au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2). Son patient souffrait d'un épuisement psychique et physique et était totalement incapable d'exercer son activité de maçon depuis janvier 2012. Une capacité de travail de 50 % était envisageable à moyen terme. Était annexé le tirage d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire et sacro-iliaque des 19 et 20 février 2014, lequel mettait en évidence les éléments suivants :

- légère sténose canalaire en L4-L5 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante et légère arthrose interfacettaire ;
- légère sténose canalaire et foraminale des deux côtés en L5-S1 sur hernie discale postéromédiane luxée inférieurement, légèrement sténosante, et légère arthrose interfacettaire ;

- racine S1 gauche susceptible d'être irritée occasionnellement ;
- signes de sacro-iléite bilatérale, plus avancée à droite, avec signes de fusion partielle de l'articulation.

Dans un rapport du 24 avril 2015, le Dr C. _____ a précisé les diagnostics incapacitants présentés par son patient, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3), un trouble de la personnalité (F60.9), un trouble anxieux avec phobie sociale et attaques de panique (F40.1), un trouble de la personnalité de type dépendant (F60.7), un trouble du comportement alimentaire de type boulimique (F50.3) et un trouble douloureux chronique. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis décembre 2013. Ses limitations fonctionnelles avaient trait à un état d'épuisement physique et psychique, à une réduction de la résistance et de l'endurance, à des troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration, de l'attention et de la mémoire, à une humeur triste et une anhédonie, à un retrait social, à des pics d'angoisse avec épisodes d'anxiété paroxystique, à une perte totale de confiance en lui, à un apragmatisme et à des difficultés à prendre des décisions. Il présentait également un ralentissement moteur, une hypersensibilité au stress et des épisodes de pleurs très fréquents. Le pronostic était qualifié de réservé.

Après sollicitation du Service médical régional (SMR), l'OAI a rendu une décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité le 27 avril 2015. Il a considéré que l'exercice de l'activité habituelle de maçon était exigible à 100 %, en l'absence d'atteinte à la santé nécessitant une prise en charge spécialisée (cf. également : avis du SMR du 24 février 2015).

B. B. _____ a formulé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 23 mai 2017, invoquant des troubles physiques et psychiques, responsables d'un arrêt de travail complet depuis décembre 2013.

Il se prévalait d'un rapport du Dr C._____ du 15 mai 2017, lequel retenait les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3), d'anorexie mentale (perte de 32 kg sur une période d'une année et demie), une anxiété généralisée (F41.1) et des troubles douloureux chroniques (discopathies L4-L5 et L5-S1). Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles énoncées en avril 2015.

Sur avis du SMR des 22 juillet et 30 octobre 2017, qui a estimé que les conclusions médicales antérieures demeuraient valables, l'OAI a établi une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 1^{er} novembre 2017.

C. Le Contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud a fait état de la présence de B._____ sur un chantier à [...] le 6 novembre 2019, dans le cadre d'un travail à l'essai en qualité de contremaître, initié à partir du 5 novembre 2019 (cf. rapport du 21 novembre 2019).

D. B._____ a complété une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, parvenue à l'OAI le 4 mars 2021. Il signalait avoir entamé un suivi spécialisé auprès du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis le mois de janvier 2021, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, d'un trouble anxieux avec phobie sociale et attaques de panique, ainsi que d'un trouble douloureux chronique.

Par rapport du 31 mars 2021, le Dr E._____ a confirmé la prise en charge de l'assuré dès le 19 janvier 2021 pour le traitement d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité, lesquels impactaient durablement son patient sur le plan professionnel, social et familial. Les psychotropes influençaient également négativement son état (troubles sexuels, métaboliques et prise de poids de 14 kg en six mois). Une révision de sa médication était en cours. Les symptômes psychotiques étaient en amélioration, quand bien même l'assuré évoquait des périodes

durant lesquelles il devenait suspicieux et se sentait persécuté. Le suivi psychiatrique de l'assuré avait été marqué par une « période trouble ». Il avait été suivi par « un faux médecin », lequel se serait suicidé. L'intensité des troubles n'avait pas été évaluée et traitée correctement à l'époque. L'assuré présentait également des problèmes somatiques, investigués par l'intermédiaire de sa médecin généraliste traitante, la Dre D._____.

Cette praticienne a complété un rapport à la demande de l'OAI le 21 mai 2021. Elle a fait mention des diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité depuis 2013, ainsi que d'une lombosciatalgie droite sur hernie discale et d'une spondylarthrose depuis 2020. Elle précisait ne pas avoir délivré d'arrêt de travail, l'assuré se rendant à sa consultation depuis septembre 2020, et renvoyait aux avis des spécialistes en charge de ses différentes problématiques. Était joint un rapport d'IRM lombaire du 9 novembre 2020, lequel concluait aux diagnostics suivants :

- anomalie transitionnelle avec sacralisation de L5, le dernier espace discal mobile étant l'espace discal L4-L5 ;
- hernie discale en L4-L5 en base large et postéro-latérale droite comprimant dans le récessus l'émergente radiculaire de la racine L5 droite ;
- protrusion discale foraminale gauche en L3-L4 non pathogène ;
- arthropathie interfacettaire postérieure inflammatoire.

Des rapports d'infiltration de la colonne lombaire des 27 novembre 2020 et 12 janvier 2021 étaient également fournis, accompagnés d'un rapport de consultation du 14 décembre 2020, relatant une amélioration partielle de la symptomatologie à l'issue de la première infiltration.

Dans un nouveau rapport du 29 juin 2021, le Dr E._____ a communiqué les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de l'assuré, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère

(F33.3) depuis 2012, un trouble mixte de la personnalité (traits évitants, impulsifs, schizoïdes ; F61) depuis le début de l'âge adulte et des douleurs somatiques chroniques depuis 2012. Au titre de diagnostics différentiels, le spécialiste envisageait une schizophrénie simple (F20.6) ou une démence débutante, sans précision (F03) depuis 2012. L'incapacité de travail totale se poursuivait pour une durée indéterminée. Le Dr E. _____ a décrit la situation médicale notamment en ces termes :

« [...] Actuellement, le patient souffre toujours d'importants troubles de la mémoire et sans qu'il en ait conscience. Pendant les séances, il répond parfois aux questions vaguement, et il semble confus. Sa femme lui rappelle systématiquement ses rendez-vous médicaux. Cela peut arriver que le patient se laisse distraire en rencontrant une connaissance et qu'il en oublie son rendez-vous.

Depuis 2019, l'état psychique de M. B. _____ fluctue entre une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère, une anxiété constante ressentie par d'importantes tensions physiques et sensations somatiques aiguës, un état confusionnel, un trouble de la mémoire important, une fatigue constante, une perte d'envie et un désespoir face au futur.

[...]

Patient d'origine [...], à la tenue vestimentaire peu soignée il néglige son rasage et a du mal à faire sa toilette, il a un discours informatif, circonstancié. Il a l'air confus, il cherche ses mots et il soupire souvent. Parfois, il répond aux questions avec « je ne sais pas ». Il présente un ralentissement psychomoteur important. L'état psychique de M. B. _____ fluctue entre une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère depuis environ 10 ans. L'expression faciale est diminuée, la voix monotone et les mouvements spontanés. Une fatigue durant la journée une pauvreté de l'expression gestuelle et de contact visuel [sic].

Actuellement, il présente une anxiété constante, ressentie par d'importantes tensions physiques et sensations somatiques aiguës, importante irritabilité, une nervosité, et un état confusionnel, un trouble de la mémoire important, une fatigue constante, un important trouble du sommeil, une dévalorisation et une vision négative de lui-même et de la vie, une perte d'envie et un désespoir face au futur, une perte de libido et du plaisir. Nous retenons un diagnostic différentiel de trouble psychotique avec symptômes négatifs caractérisés par : l'atonie affective, la pauvreté cognitive, l'absence d'initiative, de volonté et d'endurance, l'anhédonisme, l'isolement social, états confusionnels, sensations somatiques dérangeantes qui peuvent être des hallucinations somatoformes. Il a tendance à sentir les regards des autres comme agressifs et rapporte souvent des difficultés relationnelles ressenties comme de la persécution.

Par contre on ne constate pas de barrages. Son état s'améliore sous l'effet de neuroleptiques. [...] Depuis 2018, M. B. _____ s'est socialement isolé, il dit qu'il ne supporte plus les gens. Parfois, il passe la journée dans sa chambre et se plaint d'un sentiment de vide. Il se force d'amener et d'aller chercher les enfants à l'école. Il dit que sa femme se plaint de ce manque d'énergie. Il relate qu'il se sent coupable de ne pas réussir à avoir le rôle de « l'homme de la

famille ». Il présente des douleurs chroniques au dos et au coude droit. Il les traite avec des infiltrations qui n'apportent pas toujours un effet bénéfique. [...] »

Le psychiatre traitant a produit, en annexe à son rapport, ceux établis les 19 octobre et 25 novembre 2020 par le Centre H._____, aux termes desquels aucune cause neurodégénérative aux troubles cognitifs de l'assuré n'avait été observée. La poursuite de soins psychiatriques était préconisée.

Sur questions du SMR, le Dr E._____ s'est exprimé comme suit le 9 septembre 2021 :

« [...] **1. Selon quelle cohérence indiquez-vous que « depuis 2018, l'assuré s'est socialement isolé » alors qu'il disposait manifestement en novembre 2019 d'un réseau social suffisamment développé pour être embauché en tant que contremaître ?**

Monsieur B._____ rapporte qu'il a été embauché en tant que contremaître par un ancien collègue de travail qui l'a contacté car, dans le passé, ils avaient travaillé ensemble. Monsieur B._____ a voulu évaluer ses compétences professionnelles et il a accepté le mandat.

2. Comment expliquez-vous que les tests de validation des symptômes réalisés lors de l'évaluation neuropsychologique d'octobre 2020 ne soient pas remplis pour permettre d'en retenir les conclusions ?

PET Scan effectué le 16.11.2020 ne montre pas d'anomalie (résultat joint).

Le bilan cognitif prévu au printemps 2022.

Concernant les benzodiazépines, le patient n'a conservé que le Tranxilium 5 mg en réserve jusqu'au 12.05.2021, date de son arrêt.

3. La contre-indication formelle à la conduite automobile recommandée a-t-elle été suivie et l'assuré annoncé au SAN [réd. : Service des automobiles et de la navigation] ? Si non, pourquoi ?

Les recommandations évoquées par notre collègue m'ont semblé excessives, car Monsieur B._____ utilise peu sa voiture et ne la prend pas s'il ne se sent pas bien et demande à une tierce personne de prendre le volant pour les longues distances.

4. Au vu de l'inefficacité du traitement, des mesures des taux plasmatiques ont-elles été effectuées ?

Depuis 2021, j'ai modifié plusieurs fois la médication de Monsieur B._____, sans avoir trouvé un traitement qui améliore significativement son état psychique. Nous avons effectué un taux plasmatique pour le Brintellix le 03.09.2021 ; le résultat 20 mg/ml est un taux correspond à la dose prescrite (résultat joint). Je vais discuter prochainement d'un nouveau changement d'antidépresseur.

5. Quelles sont les dates précises des consultations psychiatriques ces 3 derniers mois ?

12 mai, 18 mai, 8 juin, 25 juin, 30 juin, 4 août, 31 août 2021 avec M. [...] psychologue-psychothérapeute ; 29 juin 2021 avec moi-même, psychiatre-psychothérapeute. [...] »

Par rapport à l'OAI du 27 octobre 2021, le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 18 novembre 2020. Il a retenu le diagnostic de lombosciatalgie droite chronique, justifiant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de maçon. La lombalgie, présente depuis une dizaine d'années, s'était aggravée deux ou trois mois auparavant, ce qui avait indiqué des infiltrations en novembre 2020 et janvier 2021. Un traitement de Lyrica avait des effets favorables, en dépit d'une sensation de chaleur dans le membre inférieur. Etaient recommandés le dry needling ou l'hydrotomie, avant un éventuel avis chirurgical. L'assuré ne pouvait soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 4 kg de façon répétitive ou fréquente, ni effectuer des mouvements répétitifs de flexion, extension et de torsion de la colonne lombaire, ni travailler en position accroupie et à genoux, en position statique prolongée, ni marcher de manière prolongée, ni monter et descendre fréquemment les escaliers, travailler dans une position instable ou avec les bras au-dessus de la tête.

Sur recommandation du SMR du 23 novembre 2021, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, dont le mandat a été confié au Centre médical d'expertises M._____, (ci-après : le M._____) le 24 mars 2022. Les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, K._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, spécialiste en médecine interne générale, ont communiqué leur rapport le 21 juillet 2022. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle du cas, les experts précités ont retenu les diagnostics de lombalgies (M54.5), de lombosciatique (M54.3), de sacroiliite (M46.1), d'épicondylite bilatérale (M77.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), de trouble de la personnalité anxieuse-évitante (F60.6) et de phobie sociale (F40.1). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis novembre 2020 sur le plan rhumatologique et de 50 % sur le plan psychiatrique compte tenu des décompensations de la personnalité

anxieuse depuis mars 2019 (début du traitement auprès d'un précédent psychiatre traitant). Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 10 % pour tenir compte de la nécessité de changements de position et de pauses dans le registre rhumatologique ; sur le plan psychiatrique, dite capacité était de 70 % dans une activité simple et répétitive ne nécessitant que peu d'interactions sociales, étant donné une baisse de rendement de 30 % à cause de l'anxiété sociale. Du point de vue rhumatologique, les limitations fonctionnelles impliquaient la nécessité d'une activité sédentaire avec station assise et possibilités de changements de position régulièrement, l'absence de sollicitation du rachis lombaire, notamment en antéflexion, rotation et porte-à-faux, de port de charges au-delà de 5 kg depuis le sol, de manutention répétée et de mouvements répétitifs des membres supérieurs, notamment en extension prolongée. Du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles avaient trait à l'anxiété dans les interactions sociales (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du M. _____ du 21 juillet 2022, p. 4).

Le SMR s'est rallié à l'évaluation des experts du M. _____ dans un avis du 5 août 2022, prenant en considération une capacité de travail de 70 % (étant donné une baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée.

Le 10 novembre 2022, l'OAI a évalué le degré d'invalidité de l'assuré, par une comparaison des revenus avec et sans invalidité fondés sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), mettant à jour un taux d'invalidité de 30 %. L'assuré pouvait mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité simple du domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ; ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ; ouvrier dans le conditionnement léger). L'aide au placement ne lui était pas proposée, dans la mesure où il ne se projetait pas dans un retour à l'emploi.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assuré de son intention de prononcer un refus de mesures professionnelles et de rente, vu le taux d'invalidité précité.

L'assuré, assisté de Me Yvan Henzer, a contesté le projet de décision du 10 novembre 2022 par correspondance du 12 décembre 2022. Il a fait grief à l'OAI, respectivement au SMR, d'avoir retenu les conclusions des experts du M. _____ en lien avec l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, sans prendre en considération les rapports établis par ses spécialistes traitants. Il estimait ne pas être en mesure de mettre à profit une quelconque capacité de travail compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Il a conclu, à titre principal, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. A titre subsidiaire, il a fait valoir que le revenu d'invalidité pris en compte par l'OAI devait être réduit de 20 %, du fait qu'il réalisait, avant son atteinte à la santé, un revenu inférieur aux statistiques salariales. Compte tenu d'une capacité de travail ne pouvant excéder 60 % au vu des conclusions des experts du M. _____, un degré d'invalidité de 52 % devait de toute façon lui être reconnu.

L'OAI a prononcé un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité par décision du 26 janvier 2023, reprenant les termes de son projet de décision. Il ajoutait, dans un courrier d'accompagnement joint à sa décision, que l'assuré n'avait fait valoir aucun élément médical nouveau justifiant de s'écarter des observations du M. _____ et que les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans le cadre de la baisse de rendement attestée médicalement, de sorte qu'il ne se justifiait pas de procéder à un abattement sur le revenu statistique d'invalidité.

E. B. _____, représenté par Me Henzer, a déféré la décision du 26 janvier 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 1^{er} mars 2023. Il a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 52 %, dès le 1^{er} septembre 2021. Encore plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour

instruction complémentaire. Reprenant pour l'essentiel les griefs avancés au stade de la procédure d'audition, l'assuré a contesté la capacité résiduelle de travail retenue par l'OAI sur la base des conclusions des experts du M. _____ et mis en doute la valeur probante du rapport d'expertise correspondant, étant donné la teneur des rapports communiqués par ses médecins traitants. Selon lui, même en suivant les conclusions desdits experts, il ne pouvait être retenu une capacité de travail supérieure à 60 % au vu de l'ensemble des limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques énoncées. Étant donné ces limitations, l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative ne pouvait être concrétisée, qui plus est au vu de son absence de formation professionnelle. Cela étant, une comparaison des revenus fondée sur une capacité résiduelle de 60 % aboutissait de toute façon à un degré d'invalidité de 52 %. Il s'agissait en effet de procéder à un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité destiné à tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles. L'assuré estimait enfin que les divergences d'opinion quant à sa capacité résiduelle de travail pouvaient justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a répondu au recours le 17 avril 2023 et conclu à son rejet. Il a rappelé les conclusions expertales et le degré d'invalidité déterminé par le service compétent, soulignant qu'en dépit d'un degré d'invalidité supérieur à 20 %, une mesure de reclassement professionnel n'entrait pas en ligne de compte, vu la conviction de l'assuré de ne pas être en mesure d'exercer une quelconque activité.

Par réplique du 6 juin 2023, l'assuré a maintenu ses griefs et conclusions. Il a produit un nouveau rapport du Dr E. _____ établi le 9 mai 2023, lequel relatait l'absence d'évolution de l'état clinique en présence de limitations fonctionnelles aggravées. Selon ce spécialiste, son patient ne pouvait exercer une activité lucrative adaptée à plus de 50 % avec une baisse de rendement de 20 % au moins.

L'OAI a dupliqué le 22 juin 2023 et maintenu ses conclusions, relevant que le rapport du psychiatre traitant était insuffisamment étayé pour retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, à la suite de sa troisième demande en ce sens.

3. **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 26 janvier 2023. Elle porte sur une nouvelle demande formulée par le recourant le 4 mars 2021, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé psychique et physique depuis la précédente décision du 1^{er} novembre 2017. Dans la mesure où les éléments déterminants de l'état de fait sont pour la plupart antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

5. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de

preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. **a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 4 mars 2021, du fait de sa prise en charge spécialisée sur le plan psychiatrique. Il a jugé nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire pour déterminer si la capacité de travail était altérée depuis la précédente décision au fond, eu égard aux atteintes à la santé tant physiques que psychiques diagnostiquées dans le cas particulier.

Dans ce cadre, l'état de santé somatique du recourant a été investigué, sur les plans de la médecine interne générale et de la rhumatologie, _____ par _____ les Drs L. _____ et K. _____ pour le compte du M. _____.

b) Sur le plan de la médecine interne générale, le Dr L. _____ n'a retenu aucun diagnostic, relevant que les traitements étaient surtout d'ordre rhumatologique et psychiatrique. La capacité de travail du recourant était par conséquent intégralement préservée tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, en l'absence de trouble fonctionnel (cf. rapport d'expertise du M. _____ du 21 juillet 2022, Annexe 2, p. 18). Le recourant ne conteste pas cette appréciation, tandis que l'on ne dispose d'aucun élément médical de nature à la mettre en doute. On peut donc confirmer ici l'évaluation communiquée par le Dr L. _____.

c) Du point de vue rhumatologique, la Dre K. _____ a pour sa part considéré les diagnostics de lombalgies (M54.5), de lombosciatique (M54.3), de sacro-iliite (M46.1) et d'épicondylite bilatérale (M77.1), à l'issue d'exams complémentaires réalisés à sa demande (échographie

des coudes et IRM du bassin). Elle a justifié son évaluation médicale du cas particulier en ces termes (cf. ibidem, Annexe 3, p. 26 et 27) :

« [...] L'anamnèse rhumatologique dirigée est en faveur d'un rhumatisme inflammatoire axial associé du fait d'une lombofessalgie à bascule chez un homme jeune, décrivant un rythme inflammatoire des douleurs avec de multiples réveils nocturnes notamment en fin de nuit et une raideur matinale.

Ces éléments anamnestiques, les constatations cliniques, ainsi que les constatations radiologiques de 2014 ont justifié le renouvellement de l'IRM du bassin en date du 23 mai 2022 suite à l'expertise, objectivant une ankylose sacro-iliaque complète bilatérale, donc fortement évocatrice d'une spondylarthrite axiale et justifiant d'un bilan rhumatologique complémentaire, notamment un complément d'imagerie, biologie avec recherche d'un syndrome inflammatoire et typage HLAB27.

Si le diagnostic de spondylarthrite est confirmé, le traitement médical devra être modifié avec instauration d'anti-inflammatoires et discussion d'un traitement de fond.

Le port intermittent d'une ceinture de soutien lombaire en cas d'hypersollicitation du rachis pourrait améliorer les douleurs, de même que le port intermittent d'une coudière notamment à droite.

Une prise en charge en centre de réadaptation et réhabilitation du rachis pour reconditionnement, amélioration des mobilités de l'endurance et réassurance serait bénéfique sur ses capacités fonctionnelles et l'expertisé y est favorable.

Enfin, il n'a eu aucune séance de physiothérapie pour l'épicondylite bilatérale, une prise en charge en antalgie, physiothérapie, massages transverses profonds, étirements doux et mobilisations améliorerait ses capacités fonctionnelles des membres supérieurs, discussion d'un PRP [réd: injection de plasma concentré en plaquettes] à droite en fonction du résultat obtenu avec la physiothérapie.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % de capacité de travail dans l'activité de maçonnerie depuis novembre 2020, date de la péjoration de ses lombalgies ayant justifié une nouvelle imagerie IRM et des infiltrations rachidiennes lombaires radioguidées.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

100 % de taux d'activité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées (nécessité d'une activité sédentaire avec station assise et possibilité de changements de position régulièrement, aucune sollicitation du rachis lombaire, notamment en antéflexion, rotations et porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 5 kg depuis le sol, pas de manutention répétées, pas de mouvements répétitifs des membres supérieurs notamment en extension prolongée) avec une perte de rendement de 10 % en lien avec la nécessité de changements de position et de pauses, depuis novembre 2020, soit une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée aux aptitudes de l'assuré. [...] »

On ne voit aucune raison objective de s'écarter de l'appréciation de la Dre K. _____ laquelle n'est sérieusement contredite par aucun avis spécialisé au dossier. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'évaluation de l'experte ne diverge pas sensiblement de celle exprimée par le rhumatologue traitant, le Dr F. _____, le 27 octobre 2021. Les limitations fonctionnelles énoncées par ce dernier sont en effet globalement superposables à celles énumérées par la Dre K. _____. Le Dr F. _____ a par ailleurs également conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de maçon. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, il s'est limité à émettre des doutes sur la nature précise d'une telle activité, étant donné l'absence de formation professionnelle de son patient, tout en renvoyant à une appréciation expertale sur cette question et en réitérant la nécessité d'une activité dénuée d'efforts (cf. rapport du Dr F. _____ du 27 octobre 2021 p. 3 et 4). Il n'y a donc aucun élément fourni par le rhumatologue traitant qui permettrait de douter des conclusions communiquées par la Dre K. _____, laquelle a au demeurant fourni une actualisation des documents d'imagerie versés au dossier du recourant et des diagnostics pertinents du registre rhumatologique. Il s'agit donc de se rallier à l'évaluation de l'experte du M. _____, étant souligné que le recourant ne s'est prévalu d'aucune pièce médicale nouvelle à cet égard au stade de la présente procédure.

8. a) Le registre psychiatrique a été investigué par le Dr J. _____ pour le compte du M. _____. Il a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise du M. _____ du 21 juillet 2022, Annexe 1, p. 9 et 10) :

« [...] **4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure**

La tension nerveuse qu'il présentait au début de l'entretien a disparu et l'expertisé est demeuré calme.

[...]

4.3 Constatations lors de l'examen

[...] Il est bien orienté dans le temps, l'espace et concernant la situation.

Concernant le registre cognitif, il n'y a pas de troubles de l'attention ni de la compréhension. Il présente des troubles de la concentration et de la mémoire des faits nouveaux, ceux-ci n'étant pas homogènes. Pas de troubles de la mémoire d'anciens souvenirs. Bien que nous n'ayons pas effectué de tests pour mesurer le QI

[réd. : quotient intellectuel], l'expertisé a une intelligence qui correspond à son niveau de formation.

Concernant le registre psychotique, il n'y a pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages. Pas de réponses à côté. Pas de troubles du langage. Pas de barrages.

Par rapport aux troubles de la perception, il n'y a pas d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Il n'y a pas d'idées délirantes notamment de persécution.

Présence d'idées interprétatives non délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Pas d'euphorie. Pas de fuite d'idées.

Le comportement n'est ni provocateur, ni manipulateur, ni familier.

Concernant le registre dépressif, il y a une tristesse fluctuante.

L'humeur n'est pas dépressive. Pas de signe clinique d'un ralentissement psychomoteur, mais l'expertisé s'exprime plutôt lentement. Présence de sentiment d'infériorité et d'inutilité. Pas de sentiment de ruine. L'élan vital est relativement préservé. Pas d'idées noires au moment de l'entretien, mais l'expertisé signale en avoir déjà eu. Pas de tentative de suicide. Pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Présence de troubles du sommeil selon l'expertisé, ce qui est difficile d'objectiver par l'expert.

Concernant le registre anxieux, la tension nerveuse du début a disparu. Pas d'irritabilité ni de crise d'angoisse pendant l'entretien.

L'expertisé signale faire des crises d'angoisses notamment quand il est avec des gens qu'il ne connaît pas ou face à des situations stressantes. Présence de rituels de vérification notamment au travail, mais sans que nous puissions vraiment retenir des TOC [réd. : troubles obsessionnels compulsifs]. Phobie sociale notamment des gens.

Pas d'anorexie. Pas de boulimie.

Pas de cauchemars. Pas de flashbacks.

Concernant les troubles de l'addiction, l'expertisé ne fume pas, ne consomme pas d'alcool ni de drogue.

Il n'y a pas de divergence entre les plaintes de l'expertisé et nos propres constatations. [...] »

A l'issue d'un entretien passé avec le psychiatre traitant du recourant et après un contrôle sanguin destiné à vérifier la compliance à la médication antidépressive, le Dr J. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), de trouble de la personnalité anxieuse-évitante (F60.6) et de phobie sociale (F40.1). Il a communiqué l'évaluation spécialisée suivante (cf. ibidem, Annexe 1, p. 10 - 12) :

« [...] Né [...], dans un contexte social de pauvreté et avec un père violent. Scolarisé, il devait travailler avec son père depuis tout petit et à l'âge de 15 ans il a quitté la maison pour aller travailler ailleurs. Dans ce contexte, il a vraisemblablement développé un trouble de la personnalité anxieuse et évitante, puis une phobie sociale, qui persiste encore, puis il a fait des épisodes dépressifs, raison pour laquelle nous avons retenu un trouble dépressif, qui est léger. Bien que l'expertisé présente ce trouble, la tension nerveuse qu'il a

présentée au début de l'entretien a disparu, puis il était en confiance avec nous, mais par extrapolation, nous pouvons bien nous imaginer que cet expertisé peut faire des crises d'angoisses, quand il est confronté à des situations sociales qui l'angoissent ; néanmoins il a des ressources psychologiques et des mécanismes adaptatifs, car il peut avoir des activités telles que s'occuper de son jardin, ainsi qu'aller à la pêche.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes de l'expertisé sont cohérentes avec la symptomatologie qu'il présente, également plausibles, mais inhomogènes dans toutes les activités de la vie. En effet, et bien qu'il puisse faire des crises d'angoisses quand il est face à des situations sociales et au travail qui l'angoissent, il est tout de même capable de prendre les transports publics, d'amener ses enfants au foot, de faire des promenades, de s'occuper de son jardin communal, ainsi que d'aller à la pêche, mais ce sont plutôt des activités individuelles ou qu'il fait avec des gens qu'il connaît.

[...]

Nous constatons que plusieurs diagnostics ont été posés chez cet expertisé, notamment en ce qui concerne la personnalité. Selon l'anamnèse et notre examen, nous ne pouvons pas retenir un trouble de la personnalité tel que retenu par son psychiatre, mais plutôt une personnalité anxieuse-évitante, F60.6, qui se caractérise par un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres, une préoccupation excessive par la crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales, un refus de nouer des relations à moins d'être certain d'être accepté sans critiques, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, ainsi qu'un évitement des activités sociales ou professionnelles, impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiqué, désavoué ou rejeté. Signalons que ces troubles s'accompagnent d'une hypersensibilité à la critique ou au rejet, ce qui est le cas chez l'expertisé.

Nous n'avons donc aucun critère clinique pour retenir le trouble de la personnalité retenu par son psychiatre. Ainsi, il n'y a pas de traits impulsifs ni schizoïdes. Le trouble de la personnalité anxieuse et évitante de l'expertisé, explique les difficultés qu'il a eues à tenir un poste de travail, car il avait de la peine à pouvoir travailler avec d'autres collègues et il avait de la peine également à être confronté à des gens qu'il ne connaît pas.

Nous avons retenu également le diagnostic de phobie sociale, F40.1, mais qui n'est pas homogène dans toutes les activités de la vie chez l'expertisé.

Pas de troubles de l'addiction.

[...]

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Monsieur B. _____ est capable de s'adapter à des règles et à des routines, de planifier et structurer ses tâches. Il possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances, pour autant qu'il fasse une activité dans laquelle il n'est pas confronté à des gens. Il est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Il peut s'affirmer, tenir une conversation, mais il a de la peine à établir le contact avec des tiers

s'il ne les connaît pas. Il a des difficultés à vivre en groupe, ainsi qu'à lier d'étroites relations. Il peut prendre soin de lui-même et subvenir à ses besoins. Il dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de ses angoisses de type phobique.

Limitations fonctionnelles : anxiété dans les interactions sociales.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Dans l'activité habituelle de maçon et en tenant compte des décompensations de sa personnalité anxieuse, nous pouvons retenir une capacité de travail de 50 %, taux horaire depuis mars 2019 [...].

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Dans une activité simple et répétitive, dans le domaine industriel léger, par exemple, ne nécessitant que peu d'interactions sociales, l'expertisé a toujours été capable de travailler à 100 % taux horaire, avec une baisse de rendement de 30 % à cause de son anxiété sociale. [...] »

b) En l'occurrence, quoiqu'en dise le recourant, on peut observer que le Dr J._____ s'est employé à examiner l'ensemble des diagnostics évoqués dans le registre psychiatrique avant de fournir sa position d'expert, dûment motivée, lui ayant permis d'écarter les diagnostics différentiels envisagés par le Dr E._____, ainsi que le trouble de la personnalité pris en compte par ce dernier. L'expert a par ailleurs exposé les raisons le conduisant à qualifier de « léger » l'épisode dépressif actuel, présenté par le recourant dans le contexte d'un trouble dépressif présent de longue date, dont la récurrence n'a pas été remise en question. On soulignera que quelle que soit la durée de l'examen réalisé par le Dr J._____, ce dernier n'a pas manqué de s'entretenir avec le psychiatre traitant, non sans procéder à l'analyse minutieuse de l'ensemble des pièces pertinentes versées au dossier et des plaintes exposées par le recourant. Il n'y a donc pas lieu de douter des conclusions communiquées par l'expert psychiatre du M._____. On relèvera d'ailleurs que la durée de l'examen d'expertise ou le nombre de séances n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert du M._____.

c) Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral, le tableau clinique et la question de la cohérence ont été

commentés par le Dr J._____. Ce dernier a retenu que les symptômes affectant le recourant, dont l'authenticité n'était pas remise en question, ne présentaient toutefois pas la même intensité dans tous les domaines de la vie, alors qu'il demeurerait doté de ressources personnelles significatives. Quand bien même cette appréciation est relativement succincte, il n'en demeure pas moins qu'elle concorde avec les observations cliniques et les déclarations du recourant consignées tant par le psychiatre du M._____ au cours de son examen que les autres experts l'ayant examiné.

d) On dispose ainsi des éléments pertinents permettant d'apprécier la situation du recourant à l'aune des indicateurs jurisprudentiels relatifs aux ressources et à la cohérence du tableau clinique. Il n'y a donc pas de motif de se distancer de l'analyse de l'état de santé psychique communiquée pour le compte du M._____.

e) On ajoutera, à l'instar de l'intimé, que le rapport du 9 mai 2023 établi par le Dr E._____ apparaît largement insuffisant pour ébranler les conclusions expertales, ainsi d'ailleurs que pour retenir une modification de l'état de santé du recourant postérieurement à l'expertise réalisée par le M._____. Ce document contient en effet une compilation, dénuée de toute motivation, des limitations fonctionnelles que présenterait le recourant et une appréciation, pour le moins sommaire et en contradiction avec les précédentes évaluations communiquées par le spécialiste traitant, d'une capacité de travail estimée désormais à 50 % en présence d'un rendement diminué de 20 %.

9. On précisera en dernier lieu, contrairement à ce que souhaiterait le recourant, qu'il n'y a pas lieu d'additionner les différents taux d'incapacité de travail communiqués par les experts du M._____ dans leurs champs de compétences respectifs pour aboutir à une capacité résiduelle de travail de 60 % dans une activité adaptée. On peut, en revanche, considérer que la capacité de travail de 70 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 30 %) déterminée sur le plan psychiatrique, inférieure à l'exigibilité de 90 % définie par l'experte rhumatologue,

permet de tenir compte également des restrictions somatiques, reprises à l'issue de l'évaluation consensuelle des experts. Il convient donc de considérer, avec l'intimé, que le recourant est en mesure de déployer une activité lucrative adaptée réduite de 30 % en termes de rendement, soit de 70 % dans une activité adaptée. Il n'est au demeurant pas contesté que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon est nulle depuis novembre 2020 au plus tard, mais en tout cas depuis une date postérieure à la précédente décision rendue par l'intimé le 1^{er} novembre 2017.

10. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité

sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible ou encore lorsque cette activité offre les meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à

faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

d) En l'espèce, l'intimé a recouru à la méthode de comparaison en pour-cent pour déterminer tant le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidé. Ce procédé n'apparaît pas critiquable. Il n'a en effet pas été possible de fixer concrètement le revenu sans invalidité, le recourant étant sans emploi de longue date, de sorte qu'il se justifiait de recourir aux salaires ressortant de l'ESS. Par ailleurs, ce dernier n'ayant pas repris d'activité lucrative après la survenance de ses problèmes de santé, la fixation du revenu d'invalidé est opérée selon les mêmes statistiques. Dans ce contexte, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir renoncé à procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé, étant précisé que la baisse globale de rendement de 30 % fondée sur les conclusions du M._____ tient adéquatement compte des limitations fonctionnelles du recourant. On retiendra en outre que le recourant, qui n'est certes doté d'aucune formation certifiée, a accès à une palette d'activités légères, ne requérant pas de compétence ou d'expérience professionnelle particulière. On peut se référer à cet égard à la liste exemplative énoncée par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé le 10 novembre 2022, comprenant des activités d'ouvrier dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production), à l'établi ou dans le conditionnement. Il s'ensuit que le degré d'invalidité de 30 % déterminé par l'intimé peut être confirmé.

11. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 26 janvier 2023 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 26 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 du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Yvan Henzer, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :