

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 février 2025

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Pasche, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christine Raptis, avocate à Morges,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], séparé depuis octobre 2019 et père de famille, a exercé diverses activités lucratives non qualifiées depuis son arrivée en Suisse en [...]. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, il a été engagé à plein temps, en qualité de monteur en chauffage, par D.\_\_\_\_\_ SA.

Le 14 juillet 2016, il a été victime d'une chute sur son lieu de travail, alors qu'il était en train de déplacer une palette. Blessé au dos et à l'épaule droite, il a été pris en charge aux urgences de l'Hôpital de [...]. Il a présenté depuis la date précitée une incapacité totale de travail. Il a été suivi pour les douleurs au rachis au sein du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et traité pour les problèmes rencontrés à l'épaule droite par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (CNA) a servi ses prestations des suites de cet événement.

Sur incitation de la CNA, X.\_\_\_\_\_ a, par demande déposée le 24 mars 2017, sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli le dossier constitué par la CNA, ainsi que des renseignements médicaux et professionnels.

Le Dr A.\_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 12 avril 2017, mentionnant les diagnostics incapacitants de lésion traumatique transfixiante du tendon supra-épineux avec lésion du labrum antérieur de l'épaule, consécutive à une fracture impaction du trochiter droit avec lésion partielle du tendon supra-épineux le 14 juillet 2016, ainsi que de décompensation post-traumatique d'une hernie discale L4-L5. L'état de santé n'était pas encore stabilisé. Une réparation arthroscopique

de la coiffe des rotateurs et du labrum de l'épaule droite était planifiée pour le 3 mai 2017. L'incapacité de travail demeurait totale, tandis que le pronostic d'une reprise de l'activité de monteur en chauffage était réservé.

D. \_\_\_\_\_ SA a fait parvenir un rapport d'employeur à l'OAI le 17 mai 2017, indiquant que l'assuré réalisait un revenu annuel de 74'100 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Par rapport du 19 mai 2017, le Centre d'antalgie du CHUV a fait état des diagnostics de syndrome irritatif S1 droit sur hernie discale L5-S1 depuis 2010, de rupture de la coiffe des rotateurs et cervicalgies sur inflammation facettaire, avec une péjoration invalidante depuis juillet 2016. La capacité de travail devait être évaluée après la chirurgie de l'épaule.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a rapporté à la CNA, le 14 juin 2017, que la réparation arthroscopique du tendon supra-épineux droit avait eu lieu le 3 mai 2017. Sur la base du pronostic de récupération de l'épaule droite, chez un patient également connu pour des lombalgies chroniques, une reconversion professionnelle lui paraissait nécessaire, dans une activité sans effort (2 à 5 kg au maximum), sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste, sans position statique prolongée, assise ou debout, ni marche prolongée.

Par communications des 20 juin et 22 août 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce, à savoir d'un bilan de compétences et d'une orientation professionnelle, du 30 mai au 11 octobre 2017.

Dans l'intervalle, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a communiqué un rapport à l'OAI le 4 juillet 2017, retenant les diagnostics de décompensation post-traumatique de lombalgies invalidantes sur hernie discale L4-L5-S1 et d'omalgies droites sur fracture impaction du

trochiter droit avec lésion partielle du tendon du supra-épineux. L'incapacité totale de travail se poursuivait, à son avis, pour une durée indéterminée.

A l'issue d'un examen du 22 août 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé. Il envisageait un séjour au sein de la Clinique romande de réadaptation (CRR).

Ce séjour s'est déroulé du 30 mai au 4 juillet 2018, aux fins de rééducation et d'évaluation professionnelle. Dans un rapport du 19 juillet 2018, les Drs R.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et W.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont mis en évidence des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite, des suites de la fracture impaction de la grande tubérosité de l'humérus droit avec lésion partielle du tendon du supra-épineux du 14 juillet 2016 et de l'arthroscopie du 3 mai 2017 (bursectomie, synovectomie, acromioplastie et réparation du supra-épineux). Des comorbidités étaient relevées, à savoir notamment une lombosciatalgie S1 sur hernie discale L5-S1 et une obésité de grade I. L'évolution à la sortie était favorable, avec une amélioration des douleurs, de la force, de l'endurance et des amplitudes de l'épaule droite, ainsi qu'une amélioration de la mobilité du rachis. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important et influençaient défavorablement un retour au travail, soit une autolimitation, une kinésiophobie et une sous-estimation des capacités fonctionnelles. Les restrictions objectives portaient sur les mouvements répétitifs et le port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le membre supérieur droit (le port de charges en-dessous étant limité à 15 kg, pas de restriction en-dessous de 7,5 kg). Aucune limitation n'était constatée pour les travaux fins. Une stabilisation de la situation était attendue dans un délai de six semaines. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité, au contraire d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen médical final de l'assuré le 18 septembre 2018, retenant que celui-ci présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par la CRR.

Par correspondance du 19 septembre 2018 la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2018.

Le 31 octobre 2018, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'au vu des séquelles présentées par l'assuré à son épaule droite et au rachis, il convenait d'envisager une activité sans effort, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit, ni mobilisation excessive de l'épaule au-dessus du buste, ainsi que sans position debout ou assise prolongée.

Le 8 novembre 2018, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, mettant en évidence un degré d'invalidité de 9,56 %, sur la base de l'exigibilité retenue par la CNA. Compte tenu de l'absence de limitation dans les travaux fins, l'OAI a donné comme exemples d'activités adaptées celles d'opérateur en industrie légère, contrôle qualité, vidéosurveillance, employé sur machines automatisées ou semi-automatisées.

Par décision du 5 juin 2020, confirmant un projet de décision du 11 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 décembre 2018.

Saisie d'un recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 18 février 2021 et a confirmé la décision de l'OAI du 5 juin 2020. En résumé, la Cour de céans a considéré que si l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_ avait trait exclusivement à la symptomatologie de l'épaule droite, tel n'était en revanche pas le cas de l'évaluation opérée au terme du séjour à la CRR. Les spécialistes de cette

clinique avaient en effet investigué tant la problématique de l'épaule, que celle du rachis, avant d'énoncer des limitations fonctionnelles en accord avec l'état de santé global du recourant. L'évaluation exhaustive du cas auprès de la CRR n'était en outre pas valablement remise en question par des rapports d'expertise privée produits devant l'office intimé au stade de la procédure d'audition. Enfin, même en tenant compte d'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé, le degré d'invalidité à hauteur de 14 %, tel que mis en évidence par la CNA, demeurait insuffisant pour permettre le maintien du droit à la rente d'invalidité à l'issue du délai de trois mois suivant la date de l'examen final réalisé par le médecin d'arrondissement de la CNA (CASSO AI 215/20 - 48/2021 du 18 février 2021, consid. 6-9). Cet arrêt est entré en force.

**B.** Au bénéfice des prestations d'assurance-chômage à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2018, puis du RI [revenu d'insertion] depuis 2021, X.\_\_\_\_\_ a déposé le 11 novembre 2021 une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte : « dos (accident professionnel en 2005), épaule (accident professionnel en 2016) et dépression (2020) ».

Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2021, l'OAI l'a invité à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Le 23 février 2022, l'OAI a enregistré au dossier un rapport du 1<sup>er</sup> février 2022 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré à un rythme bimensuel depuis juin 2021. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ce médecin a qualifié l'état de santé physique et psychologique de son patient de « sérieux » et a attesté une incapacité de travail totale.

Aux termes d'un avis médical du 6 mai 2022, le Dr M.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a estimé que

sur la base des renseignements médicaux recueillis dans le cadre de la nouvelle demande en comparaison avec la précédente, les informations présentées étaient suffisantes pour justifier une entrée en matière. Il convenait d'adresser un questionnaire médical complémentaire au psychiatre traitant et également de solliciter un rapport complet auprès du médecin traitant ainsi que des autres spécialistes en charge du suivi (rhumatologue et orthopédiste notamment).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2022 adressé à l'OAI, le Dr I. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies, cervicalgies et omalgies droites ainsi que de probable état dépressif récurrent, depuis 2021. Il a évalué la capacité de travail de son patient comme nulle dans toute activité depuis 2021 au moins. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travail dans le secteur primaire ».

Selon un rapport du 13 juin 2022 adressé au Dr I. \_\_\_\_\_, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, avait, au terme de sa consultation du 31 mai 2022, suggéré une modification du traitement conservateur et l'essai d'un coussin spécialisé compte tenu d'un syndrome de coccygodynie au premier plan ainsi que des lombalgies de longue date et des troubles psychosociaux importants.

Dans son rapport du 11 septembre 2022 adressé à l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics et son estimation de l'incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité. Selon ce médecin, l'état de santé dépressif de son patient s'était aggravé, avec des idées noires scénarisées, un laisser-aller dans le quotidien et un début de marginalisation (isolement social important).

Dans un avis médical SMR du 14 octobre 2022, le Dr M. \_\_\_\_\_ a pris position sur les derniers renseignements récoltés par l'OAI au dossier et a fait le point de situation suivant :

“Conclusion : L'assuré présente au premier plan des douleurs ostéo-articulaires multiples, notamment au niveau sacro-coccygien, qui

restent manifestement en grande partie inexpliquées, ainsi qu'une symptomatologie psychique d'ordre dépressive, le tout inscrit dans un contexte psychosocial défavorable.

Si une certaine aggravation semble plausible depuis la première demande, force est de constater que les éléments médicaux restent peu détaillés, notamment au niveau psychique. Il est dès lors impossible sur la base des éléments au dossier de déterminer en tout état de cause les limitations fonctionnelles et la CT [capacité de travail] à retenir.

Au vu de ce qui précède, nous demandons

**Une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie)**

A noter qu'il n'y a pas d'éléments au dossier permettant de justifier un autre volet d'expertise."

Suivant cet avis médical, l'OAI a confié une expertise bidisciplinaire aux Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 3 février 2023, ces experts ont retenu l'absence d'aggravation des atteintes du rachis et de l'épaule droite, avec l'ajout depuis environ un an d'une gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire, un trouble anxieux et dépressif chronique (F41.2), ainsi que des autres diagnostics sans incidence sur la capacité de travail à savoir, une intolérance au gluten et au lactose, un prurit multi investigué, inactif au moment de l'expertise, un tabagisme à plus de 58 PA, une obésité [Body Mass Index à 30] ainsi que des séquelles sous forme de cicatrice d'un phlegmon des parties molles du dos du pied droit. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui étaient un « peu près au même niveau depuis de nombreuses années » que celles retenues lors de la première demande de prestations (pour rappel, une activité sans mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, sans port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le membre supérieur droit, avec une limite de charge à 15 kilos mais sans restriction en-dessous de 7,5 kilos, ni limitation dans les travaux fins, cf. à ce propos le document « Partenaire - Note d'entretien » du 8 novembre 2018) auxquelles s'ajoutaient les restrictions causées par la gonarthrose (à savoir, une activité sans déplacement sur des échelles ou de façon répétée dans les escaliers, pas de déplacement de plus d'un kilomètre, pas de position à

genoux maintenue) et ceci sous la réserve de limites plus marquées durant quelques mois en hiver 2019 - 2020 à la suite de la séparation conjugale de l'assuré et au printemps 2020 dans le cadre du confinement.

Par avis médical SMR du 22 février 2023, le Dr M.\_\_\_\_\_ a validé les constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire précité, retenant qu'en raison de ses atteintes à la santé la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis la première demande de prestations, mais de 100 %, sans interruption significative, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui étaient identiques à celles retenues lors de la précédente demande, avec en plus une profession n'impliquant pas de déplacement sur des échelles ou de façon répétée dans les escaliers, pas de déplacement de plus de 1kg [recte : km] de manière répétée, ni de position à genoux maintenue. En outre, un traitement médical était inexigible en l'espèce.

Par projet de décision du 23 février 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser tout droit à des prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité). Après analyse de son dossier et en particulier du rapport d'expertise bidisciplinaire précité, sa situation était superposable à celle qui prévalait lors de la précédente instruction, en l'absence d'une modification intervenue dans son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de travail retenue dans le projet de décision du 11 février 2019, confirmé par arrêt du Tribunal cantonal, et dont les conclusions étaient toujours valables.

Le 28 avril 2023, ainsi que les 1<sup>er</sup> et 30 juin 2023, l'assuré, agissant alors par Inclusion Handicap, a fait part à l'OAI de ses objections au projet de décision du 23 février 2023, demandant son annulation et l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite réalisée le 13 janvier 2023 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a mis en évidence chez lui des antécédents de refixation des fibres

postérieures du tendon du sus-épineux avec remaniement liquidien en regard de l'ancre de fixation, un probable status post-refixation également des fibres antérieures du tendon du sous-épineux avec deuxième ancre en place au niveau du trochiter, une tendinopathie fissuraire profonde de la portion centrale du tendon du sous-épineux, et une formation kystique de la région myotendineuse du sous-épineux ;

- un rapport du 24 mai 2023 adressé au Dr V. \_\_\_\_\_ par le psychologue, psychothérapeute FSP et sexologue diplômé L. \_\_\_\_\_ qui a fait part de ses critiques sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 février 2023. Cet intervenant a confirmé les diagnostics et l'évaluation du cas de l'assuré déjà retenus par le psychiatre traitant ;

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale effectuée le 20 juin 2023 par la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a révélé chez lui une cervicarthrose avec sténose canalaire en C5-C6 avec rétrécissement foraminal gauche modéré, un léger rétrécissement canalaire C3-C4 avec œdème péri-discal, Modic 1, sans rétrécissement foraminal, et une discarthrose C6-C7 avec rétrécissement foraminal modéré des deux côtés ;

- un rapport du 28 juin 2023 établi à la demande du conseil de l'assuré par le Dr I. \_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

"Madame, monsieur

Pour rappel le patient a été victime d'un accident en juillet 2016.

Cependant les algies du patient sont toujours persistantes ; raison pour lesquelles un suivi par le centre d'antalgie d'abord au CHUV et l'hôpital de [...] pour ses lombalgies a été instauré. Il a bénéficié d'ailleurs de plusieurs infiltrations et cela depuis 2019.

Pour information le suivi est toujours [en cours] et la dernière infiltration a eu lieu au mois d'avril 2023.

Par ailleurs, ses douleurs au niveau de l'épaule droite ne se sont jamais interrompues depuis son intervention au contraire elle[s] se sont péjorées nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques et d'anti-inflammatoires.

Le patient est actuellement suivi par le Dr N. \_\_\_\_\_ pour son épaule (cf. annexe) et le Dr C. \_\_\_\_\_ pour ses genoux (cf. document en annexe).

Il souffre également d'une gonarthrose bilatérale nécessitant à court terme vs moyen la pose d'une prothèse, malgré son jeune âge.

Le patient a été victime en 2020 d'un accident de vélo engendrant des coccydinies importantes et persistantes encore à ce jour empêchant la station assise prolongée.

La décision de la SUVA (2018) se base principalement de la pathologie en lien avec son épaule et ne tient pas en compte des autres pathologies (lombaire, genou et cervicale, coccyx).

Par ailleurs, une tentative de réinsertion a été instaurée, mesure que le patient n'a pas pu effectuer en raison de douleurs importantes déjà après une journée d'activité.

En raison de cervicalgies de plus en plus importantes depuis 2021 un bilan radiologique est effectué le 20 juin 2023. Celui-ci (cf. annexe) met en évidence une cervicarthrose importante ainsi [que] des discopathies pluri-étagées. Un bilan au centre de la douleur lui sera proposé en vue d'atténuer ses algies.

En raison, des différent[es] pathologies évoquées (cervicalgies, gonarthrose) le patient [est] actuellement dans l'incapacité d'exercer son activité de monteur électricien et probablement toute autre activité avec les limitations fonctionnelles suivantes [:] pas de port de charge supérieur à 3 kg pas [de] travail en position assise ou accroupie ou en station debout ou assise prolongée ou activité avec les bras au-dessus des épaules."

Par avis « Audition » du 17 août 2023, le Dr M. \_\_\_\_\_, du SMR a estimé que les nouveaux éléments ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation complète et détaillée des experts (les Drs G. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_), et qu'il convenait donc de maintenir ses précédentes conclusions, en considérant notamment ce qui suit :

"Assuré de 52 ans, ancien monteur en chauffage, dont la situation est résumée dans nos précédents avis SMR et pour lequel nous avons retenu une CT [capacité de travail] entière dans une activité adaptée sur la base d'une expertise bidisciplinaire réalisée [à] Sion (rapport du 03.02.23). La demande est rejetée par projet de décision du 23.02.23. L'assuré s'oppose au projet de décision par l'intermédiaire de son conseil et présente deux nouveaux rapports médicaux.

Le premier est signé par le Dr V. \_\_\_\_\_ (rapport du 24.05.23) : Après un bref résumé de la situation et la mention de ce qui lui semble être une contradiction, le thérapeute revient sur le parcours de l'assuré, décrit les symptômes présents et reprend les diagnostics établi[s] précédemment. Il est d'avis que la situation s'est aggravée, et après avoir décrit [l]e traitement, que l'IT [incapacité de travail] est de 100% dans toute activité.

Dans un premier temps, nous relevons que le Dr V. \_\_\_\_\_ rapporte la présence de contradictions majeur[e]s dans l'expertise. Il ne décrit cependant pas ces contradictions. L'unique contradiction rapportée serait en lien avec une partie de l'anamnèse (isolement social), dont l'expert aurait fait abstraction. D'une part, nous relevons à ce sujet que les faits anamnestiques ne peuvent être considérés en aucun cas comme des faits objectifs, et d'autre part nous soulignons que contrairement aux thérapeutes, l'expert a bien

intégré l'ensemble des éléments anamnestiques à son appréciation, en précisant ses choix diagnostiques tout en y intégrant une discussion circonstanciée des éléments de cohérence au dossier. Nous relevons également que si les thérapeutes rapportent une aggravation de l'état de santé, ils ne décrivent à aucun moment une intensification du suivi, de la prise en charge ou des traitements, attendus dans cette circonstance. Finalement, il est évident qu'à aucun moment les thérapeutes ne précisent les raisons qui les poussent à retenir les diagnostics d'épisode dépressif sévère, de trouble de la personnalité ou encore de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce rapport, tout comme d'ailleurs les précédents, est clairement dénué d'explication en lien avec les diagnostics retenus, notamment concernant le supposé trouble de la personnalité.

Le deuxième rapport provient du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin traitant, qui résume la prise en charge puis décrit un nouveau bilan radiologique effectué en juin 2023, mettant en évidence une cervicarthrose importante ainsi que des discopathies. Des limitations fonctionnelles sont décrites.

Le bilan radiologique annexe contient une IRM de l'épaule droite (13.01.23), dont les constatations sont compatibles avec un status après prise en charge chirurgicale. Il n'existe pas d'autre atteinte ostéo-tendineuse significative ou nouvelle. Si l'IRM de la colonne cervicale (20.06.23) montre bien une arthrose avec discopathie, nous relevons que l'intensité de ces dernières sont décrites comme légère à modérée tout au plus, et en aucun cas sévère ou importante. Il est clair que ce nouveau bilan ne permet en rien d'expliquer les plaintes de l'assuré. De plus, force est de constater que contrairement à l'expert, le médecin traitant [n]'intègre pas à son appréciation les éléments cliniques objectifs et n'intègre à aucun moment les incohérences manifestes dans la présentation clinique. [...]"

Ecartant les objections formulées par l'assuré sur la base d'un avis « juriste-Audition » du 22 septembre 2023, l'OAI a, par décision du même jour, confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité selon la teneur de son projet de décision du 23 février 2023.

**C.** Par acte déposé le 9 octobre 2023 (date du timbre postal), X. \_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité (rente d'invalidité et/ou mesure d'ordre professionnel). Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il reproche à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le

plan médical. Il discute la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 février 2023 des Drs G.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ en déplorant que ces experts ne prennent pas en compte l'avis de ses médecins traitants lesquels attestent une péjoration de son état de santé. Ce faisant, il conteste être en mesure d'exercer une activité lucrative à 100 %, même dans un emploi léger et adapté à ses limitations fonctionnelles. Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 2 novembre 2023, X.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 octobre 2023. Il est exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Une avocate d'office en la personne de Me Christine Raptis lui a été désignée.

Dans sa réponse du 28 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il relève le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire des Drs G.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ et renvoie à l'avis médical SMR du 17 août 2023 au dossier. Il est d'avis que les critiques du recourant ne sont pas de nature à modifier sa position.

Dans un complément du 3 juin 2024, le recourant, désormais représenté par Me Raptis, a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente « à 100% dès et y compris le 1<sup>er</sup> novembre 2021, date de la demande de révision » lui est reconnu. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelles instruction et décision. Il reproche à l'OAI de ne pas indiquer sur quels points l'avis des experts serait préférable à celui des nombreux médecins consultés depuis 2016 en lien avec son accident ayant, selon lui, conduit à une incapacité totale de travail, et ce même dans une activité adaptée, plus vraisemblablement depuis 2011, date à partir de laquelle il a été constaté une perte de ressources d'étayage (famille, travail, amis, etc.). Il rappelle que son accident en 2016 lui cause des séquelles importantes au niveau physique (atteinte à l'épaule droite). Au vu de ses autres atteintes somatiques

(lombalgies chroniques, gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire, cervicarthrose, discopathies pluri-étagées) et psychologiques (trouble anxieux et dépressif chronique F41.2 reconnu par l'expert, mais également trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2, trouble de la personnalité émotionnellement instable F60/61 et syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4), le recourant soutient qu'il n'est pas « subitement apte à une activité professionnelle, même adaptée ». Il critique l'appréciation de l'expert psychiatre, à savoir qu'il disposerait de ressources lui permettant d'avoir une vie professionnelle et personnelle satisfaisante et de résister à des situations personnelles et psychologiques désagréables. Il s'étonne en outre de la confirmation de l'expert psychiatre selon laquelle son réseau social serait à la base riche en amis, tout comme celui de la parenté. De l'avis du recourant, la situation ne s'est pas améliorée depuis 2011 et ses troubles psychiques se sont aggravés, ce que l'expert confirmerait pour partie en indiquant la possibilité d'une fluctuation dépressive plus marquée lors de la séparation conjugale d'octobre 2019. Par ailleurs, le recourant reproche à l'OAI d'avoir soumis à l'appréciation du SMR les rapports de ses différents médecins traitants, lequel par avis du 17 août 2023, retient que les rapports médicaux précités ne seraient pas objectifs et seraient dénués d'explication sur les diagnostics posés, alors que le SMR ne l'a jamais rencontré. Il fait valoir que l'OAI n'a pas examiné de manière objective l'aggravation de son état de santé, rappelant au demeurant que sa médication s'était alourdie ; argument que le SMR avait passé sous silence. Il soutient dès lors qu'il n'est pas apte à reprendre une quelconque activité lucrative à plein temps, même dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles. Faute de capacité de travail résiduelle, il évalue son degré d'invalidité à 100 %, le préjudice économique subi étant total. Dans ces conditions, il est d'avis qu'il n'est pas nécessaire de procéder à un calcul théorique par référence aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour évaluer son revenu avec invalidité. Selon le recourant, la décision querellée doit dès lors être réformée dans le sens de ses conclusions.

Par écriture du 27 juin 2024, l'OAI a confirmé ses conclusions. Quoiqu'en dise le recourant, l'intimé estime que dans son avis médical du 17 août 2023 le SMR a analysé les rapports des médecins traitants et expliqué pour quelles raisons il convenait de les écarter. L'intimé rappelle enfin qu'il a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, car les renseignements apportés par les médecins consultés étaient insuffisants pour lui permettre de statuer.

**D.** Le 13 septembre 2024, Me Raptis a déposé la liste de ses opérations.

### **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 le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé de l'intéressé depuis la décision du 5 juin 2020.

**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). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux du 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 postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 22 septembre 2023 fait suite à une nouvelle (deuxième) demande de prestations déposée en novembre 2021. La naissance du droit éventuel à la rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit le 1<sup>er</sup> mai 2022, si bien qu'il convient d'appliquer le droit en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

**5.** 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, 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 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

**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 LPG), 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. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**7.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**8. a)** En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 5 juin 2020, confirmée par arrêt du 18 février 2021 de la Cour de céans (CASSO AI 215/20 - 48/2021) entré en force. A l'époque, l'OAI avait octroyé une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 décembre 2018. Cette prestation a été supprimée aux motifs que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière depuis le 18 septembre 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le degré d'invalidité était de 9,56 %, taux insuffisant pour le maintien du droit à la rente.

**b)** Après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2021, l'OAI l'a rejetée sur la base des constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du 3 février 2023 des Drs G.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

Le recourant, de son côté, conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise bidisciplinaire en faisant valoir qu'il ne peut pas exercer une activité lucrative à plein temps, même dans un emploi léger et adapté à ses limitations fonctionnelles, compte tenu de son état de santé défaillant.

**c)** Il convient de rappeler que le SMR avait constaté dans son avis du 14 octobre 2022 que l'assuré présentait au premier plan des douleurs ostéoarticulaires multiples, notamment au niveau sacro-coccygien, qui restaient manifestement en grande partie inexplicées, ainsi qu'une symptomatologie psychique d'ordre dépressive, le tout inscrit dans un contexte psychosocial défavorable. Si une aggravation semblait plausible depuis la première demande - raison pour laquelle l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande -, les éléments médicaux restaient peu détaillés, notamment au niveau psychique. Le SMR a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, en raison de l'insuffisance des éléments au dossier permettant de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'intéressé.

**d)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6b supra). Il est basé sur des examens approfondis (des entretiens ont eu lieu le 1<sup>er</sup> février 2023) et repose sur des investigations circonstanciées du cas. S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les deux experts de l'ensemble du dossier médical mis à leur disposition), examine les plaintes exprimées par le recourant, relate le status, de

même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs (examens approfondis du dossier médical, anamnèses détaillées, status complets, diagnostics précis selon la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé avec limitations fonctionnelles et ressources examinées en fonction de la Mini CIF-APP), conduisant à une discussion nuancée, pertinente et argumentée du cas d'espèce.

**e) aa)** Sur le plan matériel, les experts ont, aux termes de leurs examens respectifs, évalué la capacité de travail du recourant comme nulle dans toute activité qui ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues. A l'inverse, ils ont indiqué que la capacité de travail de l'intéressé est entière dans une activité adaptée. Selon les experts, est adaptée, une activité sans mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, sans port de charges au-dessus de 90° de flexion avec le membre supérieur droit, avec une limite de charge à 15 kilos mais sans restriction en-dessous de 7,5 kilos, ni limitation dans les travaux fins (ces restrictions étant celles retenues lors de l'instruction de la demande de prestations initiale), sans déplacement sur des échelles ou de façon répétée dans les escaliers, pas de déplacement de plus d'un kilomètre, et pas de position à genoux maintenue (limitations supplémentaires liées à la gonarthrose). Selon les experts, des limites ont pu être plus marquées durant quelques mois en hiver 2019 - 2020 à la suite de la séparation conjugale du recourant, ainsi qu'au printemps 2020 dans le contexte du confinement.

**bb)** Sur le plan somatique, l'expert G.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant s'agissant de l'épaule droite et du rachis. Par contre, il a retenu que la gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire était à l'origine de quelques nouvelles limitations fonctionnelles. Il a indiqué que ces restrictions ne modifiaient pas son évaluation de la capacité de travail totale dans une activité adaptée. En effet, les nouvelles restrictions (pas de déplacement sur des

échelles ou de façon répétée dans les escaliers, pas de déplacement de plus d'un kilomètre et pas de position à genoux maintenue) restent compatibles avec des activités d'opérateur en industrie légère, contrôle qualité, vidéosurveillance, employé sur machines automatisées ou semi-automatisées, tels que mentionnées à titre d'exemples lors du séjour effectué par le recourant auprès de la CRR en 2018 (cf. avis « juriste-Audition » du 22 septembre 2023).

**cc)** Sur le plan psychique, l'expert P.\_\_\_\_\_ a indiqué les motifs médicaux pour lesquels il se distançait de l'avis du psychiatre traitant (Dr V.\_\_\_\_\_). Il a retenu un trouble anxieux et dépressif chronique (F41.2) sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Selon l'expert psychiatre, il ne pouvait parler d'une péjoration significative depuis la précédente décision du 5 juin 2020. Si les quelques observations rapportées le 1<sup>er</sup> février 2022 par le psychiatre traitant se recoupaient plus ou moins avec ses propres constats cliniques, même si le recourant niait désormais l'existence d'idées suicidaires scénarisées, l'expert était cependant dans l'impossibilité de confirmer les diagnostics posés par son confrère.

Ainsi, on ne pouvait parler d'un trouble maladif de la personnalité (F60/61) selon les définitions strictes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Au jour de l'expertise, il n'était pas constaté chez le recourant de « déviation durable de la façon d'interpréter les choses et les gens, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et de l'interaction avec autrui » ni de « déviation manifeste dans plusieurs domaines de la vie tels que la famille, le mariage, le travail, les loisirs, les collègues et le voisinage ».

L'expert psychiatre ne retenait pas un état dépressif majeur/caractérisé, sévère (F32/33). Il a précisé que, selon l'ancienne terminologie, cet état correspondait à la psychose mélancolique laquelle nécessiterait un traitement psychiatrique hospitalier durant plusieurs semaines et persisterait même en l'absence de situation extérieure susceptible de l'expliquer.

Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ne pouvait également pas être posé. Selon l'expert psychiatre, l'attention du recourant n'était pas focalisée en première ligne sur les douleurs mais d'abord sur sa situation psychosociale, soit la séparation conjugale demandée par l'épouse et les sentiments et émotions liés à cet événement. En outre, un état « cristallisé » (conflit intrapsychique) n'était pas retrouvé. Par ailleurs, un diagnostic F3 (troubles thymiques primaires, majeurs et caractérisés) excluait le diagnostic F45.4 au vu des définitions précises de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

Cela étant précisé, dans le cadre de son évaluation de la capacité de travail du recourant, l'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif chronique (F41.2) depuis de nombreuses années. Selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, il a rappelé qu'il s'agissait d'un état anxiodépressif fluctuant, chronique. Cette définition s'inscrivait entièrement dans la situation du recourant lequel percevait ses problèmes organiques de façon irréaliste, magnifiés, ce qui était susceptible de s'expliquer en partie par sa faible connaissance des réalités du corps humain. En outre, sa connaissance restreinte du système de santé suisse l'avait conduit à prendre une médication et une sur-médication importantes avec comme effet de causer une aggravation de son comportement d'invalidé.

Sur la base de ses propres constatations cliniques, l'expert a détaillé les raisons médicales qui le conduisaient à retenir un diagnostic psychiatrique sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Au jour de son examen, l'expert a observé un tableau clinique superposable à celui décrit en 2011, caractérisé par la présence de nombreuses incohérences, par un retrait social seulement partiel et probablement moindre qu'annoncé, par une souffrance psychologique moyenne (hormis dans le contexte de la séparation conjugale où elle était décrite comme

intense), ainsi que par l'absence d'un état « cristallisé » insurmontable (l'intéressé connaissait parfaitement l'origine de ses problèmes de santé). Le tableau était partiellement plausible en regard d'une limitation dans la vie quotidienne moins contraignante que décrite en cas d'une hypothétique reprise d'activité lucrative et des doutes de l'expert psychiatre sur la compliance médicale, malgré une surmédicalisation. Dans ce contexte, le critère du succès ou non du traitement médical n'était pas pertinent. En application de la Mini CIF-APP, l'adaptation aux règles et routines était légèrement diminuée, la capacité de planifier et structurer les tâches était conservée, la flexibilité et l'adaptabilité étaient légèrement entravées comme la mise en pratique des compétences professionnelles. La capacité du recourant d'entreprendre des activités spontanées et de loisir était quant à elle légèrement diminuée comme l'était sa capacité d'endurance. Le recourant était capable de s'affirmer, d'entrer en contact et converser avec des tiers. Sa capacité à s'intégrer dans un groupe était légèrement entravée. Sa faculté à s'engager dans des relations amicales et/ou intimes et à les maintenir était moyennement diminuée. Il était en mesure de prendre soin de lui et se prendre en charge. Sa mobilité était restée au même niveau depuis de nombreuses années (en l'absence du permis de conduire), sans restriction du point de vue psychique. S'agissant du réseau social, il était à la base riche en amis tout comme celui de la « grande parenté ». Ce réseau semblait quelque peu affaibli au jour de l'expertise ; le recourant avait partiellement perdu l'intérêt à maintenir le contact, même si cette perte était probablement moindre qu'alléguée.

A l'aune de ces constats médicaux objectifs, l'expert psychiatre a en définitive posé une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité de travail du recourant.

**f)** Rien au dossier ne remet en cause le bien-fondé des constatations et conclusions des experts jusqu'à la décision litigieuse du 22 septembre 2023.

Ainsi, les rapports médicaux versés au dossier - postérieurement au rapport d'expertise du 3 février 2023 - ne font pas

mention de nouvelles atteintes à la santé du recourant dont les experts n'avaient pas déjà connaissance dans le cadre de l'accomplissement de leur mandat. Seule une arthrose avec discopathies d'intensité légère à modérée a été mise en évidence à l'IRM de la colonne cervicale du 20 juin 2023. Or, la nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2021 ne mentionne pas cette arthrose en tant qu'atteinte à la santé. Elle signale uniquement des problèmes de dos depuis 2005, d'épaule depuis 2016 ainsi qu'une dépression depuis 2020. Cela confirme que l'arthrose avec discopathies décelée au mois de juin 2023 n'est en aucun cas sévère ou importante et qu'elle ne saurait dès lors se comprendre comme une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant.

Le rapport du 24 mai 2023 adressé au Dr V. \_\_\_\_\_ par le psychologue, psychothérapeute FSP et sexologue diplômé L. \_\_\_\_\_ ne fait pas mention d'élément médical nouveau dont les experts n'auraient pas tenu compte. En effet, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) évoqués ont tous été discutés par l'expert psychiatre qui a exposé les motifs médicaux pour lesquels il était dans l'impossibilité de les confirmer. De plus, malgré l'annonce d'une dégradation de l'état de santé, il n'y a aucune description d'un suivi hospitalier d'urgence dont il n'y a d'ailleurs pas trace au dossier ou d'une intensification du suivi et de la prise en charge thérapeutique depuis juin 2021. L'auteur de ce rapport se borne à opposer un avis divergent, fondé sur les plaintes, listant diverses pathologies dont l'état de santé fragile du recourant ne lui permettrait plus d'exercer une quelconque activité lucrative. Aussi, le sexologue diplômé L. \_\_\_\_\_ n'objective-t-il pas son appréciation de l'incapacité de travail totale annoncée, si bien que son avis n'est pas apte à sérieusement mettre en doute l'évaluation probante de l'expert psychiatre. Quoi qu'en dise le recourant, en notant que le réseau social réduit était à la base riche en amis tout comme celui de la « grande parenté » et que ce réseau semblait quelque peu affaibli au jour de l'expertise, l'expert a bien intégré les

données anamnestiques dans le cadre de sa discussion des éléments de cohérence au dossier effectuée à la lumière des différents indicateurs jurisprudentiels applicables en la matière (cf. consid. 7 et 8e/cc supra).

Le recourant n'est guère plus convaincant lorsqu'il fait valoir l'absence d'amélioration de la situation depuis 2011 avec l'aggravation de ses troubles psychiques, ce que l'expert confirmerait pour partie en indiquant la possibilité d'une fluctuation dépressive plus marquée lors de la séparation conjugale d'octobre 2019. Le recourant perd en effet de vue qu'en lien avec la souffrance psychologique décrite comme intense dans le contexte de la séparation conjugale par l'expert psychiatre, ce dernier a bien indiqué la réserve de limites plus marquées durant quelques mois en hiver 2019 - 2020 à la suite de cet événement familial. Aussi, cet élément temporaire ne remet pas en cause l'évaluation expertale d'une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues malgré ses ennuis de santé.

Dans son rapport du 28 juin 2023, le Dr I. \_\_\_\_\_ retient que le recourant est incapable d'exercer son activité habituelle ainsi que probablement toute autre activité compte tenu de ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 3 kilos, pas de travail en position assise ou accroupie ou en station debout ou assise prolongée ou avec les bras au-dessus des épaules). Cette évaluation de la situation se base sur une tentative de réinsertion professionnelle qui n'a pas réussi en raison de douleurs importantes du recourant déjà après une journée d'activité. En l'espèce, les experts avaient connaissance de la situation vécue par le recourant au cours des quatre années après sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, ils ont noté que celui-ci avait mis en échec toutes les mesures mises en place, tant sur le plan professionnel que thérapeutique, et ont indiqué que le séjour à la CRR en 2018 avait mis en évidence des facteurs contextuels, des incohérences et des autolimitations (cf. rapport d'expertise du 3 février 2023, p. 17). Cela n'a toutefois pas conduit les experts à modifier leur évaluation d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée. En effet, il convient de rappeler que c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités

l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 5.3 ; TF 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références citées).

Enfin et quoi qu'en dise le recourant, les avis médicaux signés par le DrM.\_\_\_\_\_ sont convaincants. De tels documents ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux récoltés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**g)** A la lumière des éléments figurant au dossier, il y a lieu de constater au final que la situation du recourant ne s'est pas sensiblement modifiée sur le plan médical depuis la décision du 5 juin 2020 et que, partant, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA doit être écartée. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI), à la suite de la nouvelle (deuxième) demande déposée le 11 novembre 2021.

**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 des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Christine Raptis peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 13 septembre 2024, ces opérations sont justifiées. L'indemnité de Me Raptis est ainsi arrêtée à 2'859 fr. 10 ([une heure et trente-cinq minutes x 180 fr.] + 5 % [débours ; cf. art. 3bis al. 1 RAJ] + 7,7 % [TVA 2023] + [douze heures et vingt-cinq minutes x 180 fr.] + 5 % [débours] + 8,1 % [TVA 2024]), débours et TVA compris pour la période du 8 novembre 2023 au 13 septembre 2024.

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 septembre 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** L'indemnité d'office de Me Christine Raptis, conseil du recourant, est arrêtée à 2'859 fr. 10 (deux mille huit cent cinquante-neuf francs et dix centimes), débours et TVA compris.

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Christine Raptis (pour X. \_\_\_\_\_),
- 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 :

