

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 février 2022

---

Composition : M. NEU, président  
M. Bidiville et Mme Gabellon, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Etoy,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A. a)** Ressortissant portugais, R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de deux enfants (nés en [...] et [...]). Il est entré en Suisse en [...] et bénéficie d'un permis de séjour de type C. Sans formation professionnelle, il a travaillé comme maçon et a présenté divers arrêts de travail depuis 2010 en raison de lombalgies (lombosciatalgies bilatérales dans le cadre d'un déconditionnement physique global et focal, avec un canal lombaire étroit qui a été décomprimé en L4-L5 et L5-S1 et une stabilisation en L4-S1 le 30 mai 2014, secondaire à une lipomatose étendue, ainsi qu'une discarthrose étagée), avec une incapacité de travail durable depuis le 17 juillet 2012. Suite aux traitements prodigués (nombreuses infiltrations locales de corticoïdes, séances de réadaptation fonctionnelle ainsi qu'une intervention chirurgicale de décompression), l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 août 2013. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale) et a fait procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles de type COPAI en novembre 2015 ainsi qu'en novembre 2016, puis a rendu une décision du 16 novembre 2017 octroyant à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> février 2014 au 31 août 2015, puis à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015 (capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues [changements de positions fréquents et limitation du port de charges à 5 kg] dès le mois de juin 2015). Le degré d'invalidité a été fixé à 55 % après comparaison des revenus sans (66'719 fr.) et avec (30'024 fr. 50) invalidité.

**b)** Le 5 décembre 2017, R.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande (révision) de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une aggravation de son état de santé.

Après avoir recueilli les renseignements des médecins consultés par l'assuré (rapports des 7 décembre 2017 et 27 mars 2018 du Dr A.\_\_\_\_ ; rapport du 9 février 2018 de la Dre Z.\_\_\_\_), l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande et, après avoir requis l'avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les renseignements obtenus (avis médical du 16 avril 2018), a fait part à l'assuré de son intention de refuser l'augmentation de la rente d'invalidité, au motif qu'il ressortait que sa capacité de travail et de gain dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était toujours estimée à 50 % compte tenu de l'absence d'éléments objectifs nouveaux propres à rendre compte d'une baisse de la capacité de travail. De ce fait, l'intéressé présentait toujours un taux d'invalidité de 55 % (projet de décision du 19 avril 2018).

Dans le cadre des objections de l'assuré formulées le 18 mai 2018 à l'encontre de ce préavis, l'OAI s'est vu remettre un rapport du 17 mai 2018 de son médecin traitant (Dr A.\_\_\_\_) dont il ressort ce qui suit :

“Rapport de consultation

Cher Monsieur,

A votre demande, je vous fais part ci-après par écrit de mon appréciation actuelle de votre situation.

Vous êtes donc suivi à ma consultation depuis le 22 novembre 2010 pour des lombalgies très intenses, je vous vois régulièrement entre 2 et 4 fois par année.

Je rappelle qu'entre 2011 et 2012, vous avez été amélioré par des infiltrations péridurales qu'hélas la situation s'est décompensée et que l'on a mis en évidence une lipomatose épidurale, à savoir de la graisse dans le canal associée à une arthrose qui vous rétrécissait ledit canal, ce qui fait que vous avez dû être opéré avec ouverture de ce canal (décompression L4-L5 et L5-S1 le 30.05.2014). L'évolution n'a pas été extrêmement favorable, vous avez eu un premier épisode d'amélioration durant l'été 2014, puis à nouveau récurrence de douleurs tout d'abord lombaires puis descendant dans les jambes. Nous avons effectué de multiples traitements, consultations, physiothérapie, même hospitalisation au CHUV pour décompensation de vos douleurs lombaires (mai 2017), par la suite j'ai pu vous réeffectuer 2 infiltrations en juin et novembre 2017 avec une amélioration hélas que transitoire de vos douleurs lombaires et sciatiques.

Fin 2017, la situation n'est toujours pas favorable, mais des infiltrations ont permis une petite diminution des symptômes.

Vous reconsultez le 07.03.2018 avec deux nouveaux problèmes (en plus de votre dos), à savoir une douleur de l'épaule D et du genou D, à l'examen clinique l'on observe une atteinte inflammatoire sous votre épaule D, un US [ultrasonogramme] met en évidence une bursite acromio-claviculaire D avec un épanchement de liquide synovial, heureusement sans déchirure des tendons, un traitement conservateur est instauré.

Le genou D met en évidence des signes clairs de douleurs du compartiment interne, une IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée met en évidence une déchirure complexe de la corne postérieure de votre ménisque interne avec inflammation du genou.

Lors de cette consultation, le dos est réévalué, je note toujours un blocage significatif avec une mobilité un peu meilleure grâce à la gymnastique que vous essayez d'effectuer.

Je rappelle également que vous avez été opéré en 2016, d'un dermato-fibrome dans le dos (opération à côté de la cicatrice de l'opération lombaire, février 2016) avec mauvaise et douloureuse cicatrisation qui d'ailleurs persiste actuellement encore.

Vous m'avez fait part à la consultation du 16.05.2018 d'un refus d'entrée en matière de l'AI pour vous reconnaître une invalidité totale, c'est la raison pour laquelle ce rapport est libellé afin, une fois de plus, d'insister sur le fait que votre situation s'est nettement dégradée depuis 3 ans et que, même dans une activité adaptée, une incapacité totale de travail est à considérer.

Effectivement, dans vos activités quotidiennes à domicile, les douleurs sont toujours présentes, vous êtes limité pour de nombreuses situations, même légères, vous n'êtes pas capable d'effectuer des travaux de ménage, même de rester debout plus d'une demi-heure, les changements de positions sont difficiles, les ports de charges également (atteinte du genou, du dos, de l'épaule).

Comme je vous l'ai dit hier, il est possible que l'on puisse essayer de calmer un peu les douleurs de l'épaule par une injection, mais je pense que les gênes douloureuses resteront malgré tout présentes lors d'effort. Concernant le genou (qui va spontanément un peu mieux), la situation reste précaire avec cette grosse lésion méniscale, vous êtes à risque de vous bloquer le genou D, même en effectuant une activité légère.

Pour terminer, la situation de votre colonne lombaire reste très préoccupante, il y a récidive d'une hernie discale, récurrence de la lipomatose (graisse dans le canal), aggravation de votre arthrose, tout ceci correspondent aux douleurs que vous énoncez, comme je vous l'ai expliqué, ainsi qu'à votre épouse, je ne vois pas quelle activité, même extrêmement légère, pourrait vous être proposée, je pense qu'il faut que l'on réévalue la situation quant à la vraie capacité de travail que l'on pourrait vous octroyer actuellement,

pour moi elle reste bien basse et devrait pouvoir déboucher sur un projet d'acceptation d'une rente d'invalidité totale."

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les renseignements médicaux complémentaires recueillis (avis médical du 7 juin 2018), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique. Le 4 septembre 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, a examiné l'assuré dans les locaux du SMR, à Vevey. Il a retenu les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de status post décompression d'un canal lombaire étroit, en L4-5, L5-S1, persistance d'un canal lombaire étroit en L3-4, troubles dégénératifs postérieurs lombaires bas. M54.4.

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/05

Diagnostics associés

- Arthrose acromio-claviculaire D.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Déchirure du ménisque interne D, visible à l'IRM, asymptomatique."

Sur la base de ses constatations cliniques et l'étude du dossier médical à disposition, le Dr N.\_\_\_\_\_ était d'avis que si la poursuite de la profession habituelle de maçon était compromise depuis le 1<sup>er</sup> février 2013, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg [charges très légères], pas de position debout ou assise prolongée au-delà de  $\frac{3}{4}$  d'heure, pas de position statique au-delà de 20 minutes, et pas de marche au-delà du kilomètre ; *Epaule D* : pas de travail prolongé du bras au-dessus du plan de l'horizontale et pas de soulèvement de charges avec le MSD [membre supérieur droit] au-delà de 3 kg), depuis la mi-décembre 2016 (rapport d'examen rhumatologique du SMR du 9 octobre 2018).

Estimant que l'aggravation de l'état de l'épaule droite ne modifiait pas la capacité de travail au vu d'exemples d'activités

professionnelles répondant également aux limitations fonctionnelles de ce membre (document intitulé « compte rendu de la permanence juriste » établi le 7 novembre 2018), l'OAI a, par décision du 7 novembre 2018, entériné son projet de refus d'augmentation de la rente.

**B.** Par recours déposé le 6 décembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, R.\_\_\_\_\_ a conclu à la réforme de la décision précitée en ce sens que l'augmentation de sa rente d'invalidité soit acceptée en raison de l'aggravation de son état de santé. Il a remis à cet effet un certificat médical du 7 décembre 2017 (déjà au dossier) de son médecin traitant (Dr A.\_\_\_\_\_) attestant que, nonobstant les traitements prodigués, une réadaptation restait illusoire, même dans une activité adaptée exercée à temps partiel.

Dans sa réponse du 5 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée, avec la précision que le rapport médical versé par le recourant avait justifié une entrée en matière de sa part et que ce document n'était pas susceptible de modifier sa position. Il maintenait qu'une modification de l'état de santé du recourant susceptible de modifier le droit à la rente depuis la décision du 16 novembre 2017 d'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> février 2014 au 31 août 2015 et d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 n'avait pas été constatée dans le cadre de la procédure de révision initiée en décembre 2017 ; le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR d'octobre 2018 avait conclu que la capacité de travail de l'intéressé demeurait de 50 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles liées au rachis lombaire ainsi qu'à l'épaule droite, avec la précision que la péjoration de la problématique à l'épaule n'avait pas d'incidence sur l'aptitude au travail du recourant.

Au terme d'un double échange d'écritures des 5 et 25 mars, 30 avril et 13 mai 2019, les parties ont maintenu leur position respective. De son côté, le recourant a produit des rapports médicaux des 17 mai 2018 (déjà au dossier), 4 mars et 24 avril 2019 de son médecin traitant (Dr A.\_\_\_\_\_), lequel opposait ses compétences à celles du SMR.

**C.** Le 1<sup>er</sup> février 2021, le magistrat instructeur a confié une expertise judiciaire pluridisciplinaire à E. \_\_\_\_\_, à [...], dont le rapport a été rédigé le 1<sup>er</sup> septembre 2021 par les Drs P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Se fondant sur leurs propres examens cliniques, réalisés avec le concours d'un interprète, des examens de laboratoire du 11 mai 2021 ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

“4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome lombo-spondylogène avec :  
M54.4
  - Arthrose facettaire L4-S1 bilatérale
  - Statut post décompression de L4 à S1 avec spino-laminectomie L4-L5 pour lipomatose et discarthrose étagée
  - Infiltrations répétées et AINS sans effet
  - IRM du 20.11.2019: lombaires avec herniation médiane paramédiane et foraminale droite avec conflit radiculaire L4-LS. Lipomatose épidurale antérieure LS-S1. Arthrose inter-facettaire étagée L3 à S1.
  - Radiographie du 23.06.2021: discarthrose LS-S1 arthrose facettaire
  - IRM du 21.07.2021: spondylodiscarthrose avec remaniements dégénératifs inflammatoires L4-LS discrètement plus marqués que sur le comparatif. Canal lombaire étroit avec lipomatose intracanaulaire responsable d'un rétrécissement serré du sac durai en L3-L4, de grade B, inchangé.
  
- Tendinopathie calcifiante des épaules avec arthrose acromio-claviculaire importante à droite  
M751
  
- Gonalgies droites avec :  
M255
  - Status post déchirure complète de la corne postérieure du ménisque médial (chondropathie de grade 1 avec légère synovite réactionnelle et kyste de Baker)
  - Signes d'arthrose rétropatellaire
  
- Episode dépressif léger  
F32.0
  
- Surdité mixte bilatérale appareillée :  
H906
  - Probable otosclérose,

- Antécédents d'otite sécrétoire bilatérale avec paracentèse et mise en place de drain transtympanique en 2014
- Hypertension artérielle traitée  
I10
- Obésité  
E6699
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs  
I872"

En guise de conclusions, les experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assuré était nulle en tant que maçon depuis le début de l'arrêt de travail pour lombalgies, soit depuis le 8 mai 2013, il subsistait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité légère avec possibilité de changer de position principalement en position assise, sans travail avec les genoux pliés ou l'hyperextension du rachis, sans port de charges de plus de 10 kilos (pour le rachis), ni de port de charges avec le membre supérieur droit répété au-delà de 3 kilos et sans travail prolongé du bras au-dessus du plan de l'horizontale, ceci depuis la mi-décembre 2016, soit la fin du stage COPAI. Les experts d'E.\_\_\_\_\_ ont motivé la présence d'une capacité de travail dans une activité adaptée comme suit :

"4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Lors de notre colloque de synthèse, nous avons mis en avant le fait que l'intensité des lombalgies avec les répercussions importantes relatées par Monsieur R.\_\_\_\_\_ dans sa vie quotidienne ne sont pas en concordance entière avec l'imagerie. A l'imagerie on note une discarthrose modérée avec une arthrose facettaire avancée comme première cause de douleur, mais les signes de Waddell sont positifs et il n'existe actuellement pas de radiculopathie. Ainsi, il existe des signes d'hypersensibilisation à la douleur, étant donné entre autre que l'échec de l'opération de 2013, ainsi que toutes les infiltrations et les prescriptions antalgiques médicamenteuses, parlent contre une pure douleur nociceptive, voire neuropathique. Nous avons aussi mis en avant le fait que l'IRM montre un signal Modic I au niveau lombaire plus important par rapport à 2019, indiquant une activité inflammatoire accrue de la discarthrose. Cette discarthrose est néanmoins modérée, il n'y a pas de signe clair pour une radiculopathie ou une aggravation du rétrécissement spinal. Cela va pour des douleurs pseudo-radiculaires comme démontrées par le neurologue.

Ces éléments font tempérer l'importance des limitations fonctionnelles dans le quotidien de Monsieur R.\_\_\_\_\_, qui décrit par ailleurs un certain fonctionnement, la possibilité d'accompagner des enfants en dehors de chez lui, d'avoir encore quelques loisirs même si le champ de ses loisirs est un peu rétréci.

Bien qu'il y ait une dégénérescence avancée à différents endroits, notamment à l'imagerie lombaire, à l'épaule droite, le rétrécissement spinal n'est pas le facteur limitant principal de la distance de marche. La mobilité du rachis est préservée bien que réduite de 30% à 50% dans tous les axes. Nous n'avons pas constaté d'hypotrophie musculaire marquée. Le déconditionnement musculaire explique aussi en partie les douleurs de même que l'obésité qui est un facteur limitant les déplacements. L'absence d'atrophie musculaire visible et toutes les considérations décrites ci-dessus nous font tempérer les limitations fonctionnelles dans le quotidien.

Globalement, il n'y a pas d'évolution significative de la situation articulaire-rhumatologique globale depuis mi-décembre 2016, correspondant à la sortie du stage du COPAI.

Nous insistons sur le fait que les limitations fonctionnelles données pour le rachis lombaire comprennent celles liées aux gonalgies, aux limitations de l'épaule droite et une limitation de rendement pour motif psychiatrique. Ces limitations ne s'ajoutent pas les unes aux autres.

Il nous paraît que des limitations de plus de 50% ne peuvent pas être expliquées par une aggravation rhumatologique telle qu'elle limiterait les possibilités d'activités physiques de Monsieur R.\_\_\_\_\_.

Il n'y a à notre avis pas de raison médicale, qu'elle soit physique ou psychiatrique, pour se distancer de l'observation faite au stage ORIF-COPAI en décembre 2016 où, au terme des 4 semaines de stage, le groupe d'observation a confirmé une capacité de travail de 50% dans des activités légères de production sur machine réglée, des travaux à l'établi, de montage d'éléments légers.

Au plan psychiatrique, il y a une stabilité depuis 2017, soit depuis le rapport du psychiatre traitant qui évoquait un épisode dépressif léger existant depuis 2014, avec un traitement en cours et une amélioration avec le traitement.

Nous n'avons pas de raison de nous écarter de l'examen rhumatologique du SMR du 04.09.2018, Dr N.\_\_\_\_\_.

Nous ne rejoignons pas l'avis du Dr A.\_\_\_\_\_ qui estimait qu'une activité même extrêmement légère ne serait pas possible. Il notait dans un rapport du 04.03.2019 produit dans le cadre du recours de Monsieur R.\_\_\_\_\_ contre la décision AI, que le patient avait une claudication neurogène sur le territoire L5 des deux côtés (ce qui n'a pas [été] confirmé lors de la présente expertise), que la limitation de la quantité de la marche était invalidante (Monsieur R.\_\_\_\_\_ peut marcher entre 300 et 500 mètres et est indépendant lorsqu'il s'agit d'accompagner son fils à l'école par exemple).

Les limitations concernant l'épaule droite sont comprises dans les activités estimées possibles pour les lombalgies.

En ce qui concerne une reprise d'activité après des années d'interruption, nous encouragerions des mesures d'accompagnement, d'aide au placement avec une reprise progressive. Ceci étant donné le déconditionnement global dans lequel se trouve Monsieur R. \_\_\_\_\_ après plusieurs années d'arrêt de travail."

Dans ses déterminations du 22 septembre 2021, l'OAI a fait siennes les conclusions des experts d'E. \_\_\_\_\_. Il a produit un avis SMR du 16 septembre 2021 du Dr F. \_\_\_\_\_, auquel il se ralliait, et qui se termine comme suit :

"Révision d'office en 2017

Devant une probable aggravation de l'état de santé de notre assuré d'un point de vue rhumatologique selon le Dr A. \_\_\_\_\_ (GED 18/05/2018), un examen clinique SMR rhumatologique a été réalisé le 04/09/2018 par le Dr N. \_\_\_\_\_ (GED 04/09/2018). Il est retenu comme incapacitant des lombosciatalgies bilatérales sur persistance d'un canal lombaire étroit en L3-L4, des troubles dégénératifs postérieurs lombaires bas et une arthrose acromio-claviculaire droit. Il est noté comme non incapacitant : une déchirure du ménisque interne droit. Il est conclu toujours à une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle de manœuvre dans les chantiers et une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 50% en respectant les LF [limitations fonctionnelles] du rachis lombaire et de l'épaule droite.

Après proposition juriste (GED 07/11/2018), Décision AI (GED 07/11/2018) de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, la CTAA restant de 50%.

Notre assuré a fait acte de Recours auprès du TCA et le juge instructeur a ordonné la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire.

L'expertise pluridisciplinaire rhumatologie-psychiatrie-neurologie-médecine interne a été réalisée en mai/juin 2021 à E. \_\_\_\_\_ (GED 09/09/2021). Il est retenu comme diagnostic un syndrome lombo-spondylogène d'origine plurifactorielle, une tendinopathie calcifiante des épaules surtout à droite, des gonalgies droites sur troubles dégénératifs, un épisode dépressif qualifié de léger, une surdité mixte bilatérale appareillée, une HTA traitée, une obésité, une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Les experts retiennent des limitations fonctionnelles similaires à celle[s] retenues dans l'examen clinique SMR rhumatologique. Les symptômes dépressifs légers ont un impact faible selon l'analyse par la mini CIF-APP. Il est confirmé que la CTAH de manœuvre sur les chantiers est nulle et que la CTAA est de 50% depuis la fin du stage du COPAI mi-décembre 2016. Il est indiqué d'une manière consensuelle en page 8 : *« Il n'y a à notre avis pas de raison médicale, qu'elle soit physique ou psychiatrique, pour se distancer de l'observation faite au stage ORIF-COPAI en décembre 2016 où, au*

terme des 4 semaines de stage, le groupe d'observation a confirmé une capacité de travail de 50% dans des activités légères de production sur machine réglée, des travaux à l'établi, de montage d'éléments légers. (...) Nous n'avons pas de raison de nous écarter de l'examen rhumatologique du SMR du 04.09.2018, Dr N. \_\_\_\_\_ ». Il est expliqué en quoi les experts s'écartent des analyses du rhumatologue traitant Dr A. \_\_\_\_\_.

### Conclusion

Nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions de cette expertise qui rejoint l'instruction médicale effectuée par le SMR. Il a été fait l'analyse des éléments médicaux à disposition, expliqué en quoi les experts les suivent ou s'en écartent et décrit les ressources résiduelles mobilisables."

Par acte du 27 septembre 2021 de son nouveau mandataire CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise d'E. \_\_\_\_\_. Il a fait part des objections suivantes :

1. Le médecin mentionne que notre mandant aurait dit qu'il attendait une rente entière de l'AI à 100 % pour rentrer au Portugal (page 15 de l'expertise).

Cette affirmation est totalement fautive et déformée. De plus, elle porte atteinte aux intérêts de notre mandant.

Ce que Monsieur R. \_\_\_\_\_ a expliqué c'est qu'avec une rente mensuelle d'un montant de CHF 600.-, il est contraint de rentrer au Portugal, faute d'avoir les moyens financiers de continuer à vivre en Suisse.

2. Le médecin mentionne la prise de poids d'une quinzaine de kilos (page 12 de l'expertise).

Il convient de souligner que la prise de poids a débuté au moment où tous les médecins traitants ont prescrit des médicaments, notamment et principalement ceux à base de cortisone. Or il est notoire que la cortisone fait prendre du poids.

La prise de poids n'est donc rien d'autre que la conséquence de la prise de ces médicaments.

3. Le médecin mentionne que notre client « *peut rester assis plus d'une heure que dure l'entretien* » (page 15 de l'expertise).

Cette affirmation est totalement fautive puisque lors de l'entretien, notre assuré s'est levé au minimum à deux reprises à cause de ses fortes douleurs inconfortables."

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

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

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité sans limitation dans le temps à la suite de sa demande de révision du 5 décembre 2017.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 7 novembre 2018 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente

subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait 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 - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**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. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

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

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

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante 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. a)** En l’espèce, il convient d’examiner si, par sa décision du 7 novembre 2018, l’OAI était fondé à refuser d’augmenter la demi-rente allouée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, au motif que le recourant bénéficiait toujours d’une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé défaillant. Cette analyse se fondait sur les conclusions de l’examen clinique rhumatologique confié par l’administration au SMR, dont le rapport a été rendu le 9 octobre 2018 par le Dr N.\_\_\_\_\_. L’OAI s’en remet à cet effet également au rapport d’expertise pluridisciplinaire judiciaire du 1<sup>er</sup> septembre 2021 d’E.\_\_\_\_\_ confirmant l’instruction médicale effectuée par le SMR.

Le recourant conteste, pour sa part, être en mesure de retravailler, même dans une activité adaptée à temps partiel compte tenu d’un état de santé péjoré. Il conteste à cet égard le caractère probant du rapport d’expertise judiciaire, plaidant l’existence de vices entachant la bonne facture de cette expertise.

**b)** Dans le cadre du mandat d’expertise judiciaire, le recourant a été examiné à quatre reprises par les médecins spécialistes de l’E.\_\_\_\_\_ qui ont effectué des mesures diagnostiques complémentaires sous la forme d’examens de laboratoire. Les experts ont constaté un syndrome lombo-spondylogène (avec arthrose facettaire L4-S1 bilatérale, statut post décompression de L4 à S1 avec spino-laminectomie L4-L5 pour lipomatose et discarthrose étagée [M54.4]), une tendinopathie calcifiante des épaules avec arthrose acromio-claviculaire importante à droite (M75.1), des gonalgies droites (avec status post déchirure complète de la corne postérieure du ménisque médial

[chondropathie de grade 1 avec légère synovite réactionnelle et kyste de Baker] et signes d'arthrose rétropatellaire [M25.5]), un épisode dépressif léger (F32.0), une surdité mixte bilatérale appareillée (avec probable ostéosclérose et antécédents d'otite sécrétoire bilatérale avec paracentèse et mise en place de drain transtympanique en 2014 [H90.6]), une hypertension artérielle traitée (I10), une obésité (E66.99) ainsi qu'une insuffisance veineuse des membres inférieurs (I87.2). Ils ont unanimement estimé que si la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis le 8 mai 2013, il existe par contre une capacité de travail résiduelle de celui-ci de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pour rappel, « activité légère avec possibilité de changer de position principalement en position assise, sans travail avec les genoux pliés ou l'hyperextension du rachis, le port de charges de plus de 10 kg [pour le rachis], éviter les ports de charges avec le membre supérieur droit répétés au-delà de 3 kg et le travail prolongé le bras au-dessus du plan de l'horizontale), depuis la mi-décembre 2016 à savoir depuis la fin du stage COPAI. Les experts d'E.\_\_\_\_\_ ont justifié leurs diagnostics. Ainsi, dans leur appréciation consensuelle de la situation, ils ont notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> septembre 2021, pp. 3 et 4) :

#### “4.1.Évaluation médicale interdisciplinaire

Monsieur R.\_\_\_\_\_ présente au premier plan des lombalgies chroniques irradiant dans les deux jambes jusqu'aux chevilles, de type pseudo-sciatalgies. La lombalgie est non-déficitaire, avec une claudication actuellement et anamnestiquement plutôt atypique. Au plan neurologique, il n'y a pas de syndrome radiculaire objectivable tant cliniquement que sur le plan myographique. Effectivement, l'opération du canal spinal étroit, surtout à cause d'une lipomatose, est sans effet durable. Le neurologue conclut selon ses observations que, a posteriori, la graisse épидurale documentée par IRM déjà en 2010 et qui donnait l'aspect au canal lombaire de celui d'un canal lombaire très étroit, n'était probablement pas compressive sur les racines ni sur la queue de cheval.

Une discopathie décrite le 09.01.2013 au niveau L5-S1 de type Modic I s'est transformée en 2015 plutôt vers un Modic II, c'est-à-dire une transformation en graisse avec moins d'activité inflammatoire en 2015 (correspondant à une évolution naturelle des signes de Modic), le canal lombaire étant décrit comme étroit. Le rhumatologue expert note que déjà en 2013 à l'IRM il y avait une composante assez inflammatoire de l'arthrose facettaire. Dans la conclusion du rapport du 20.11.2019 de l'IRM, il est question d'une

hernie médiane, paramédiane et foraminale droite avec conflit radiculaire L4-L5.

Ainsi, au moins rétrospectivement, il faut se demander si la sténose spinale (par lipomatose) était principalement responsable des symptômes ou plutôt la discarthrose et l'arthrose des facettes. Il est possible que la discarthrose, l'arthrose facettaire et la tendinopathie causée par les dépôts de microcristaux (chondrocalcinose) soient liées.

Dans l'IRM actuelle, la discarthrose est légèrement progressive depuis 2019, ainsi que les changements Modic I au niveau L4-S1 et l'arthrose des facettes, ce qui du point de vue du rhumatologue expert explique les plaintes actuelles. La sténose spinale restante due à la lipomatose est restée stable depuis 2019, actuellement, comme décrit par le neurologue expert, sans répercussion radiculaire objectivable tant cliniquement que sur le plan myographique. Le traitement a ensuite été effectué de manière légère avec des infiltrations, de la physiothérapie et des antalgies médicamenteuses mais par contre, toute cette prise en charge revient avec des résultats frustrants. La situation actuelle est toujours non déficitaire, la distance de marche est d'environ 300 à 500 mètres. Il ne s'agit pas d'une claudication typique, l'irradiation comme décrit plus haut étant plutôt pseudo-radiculaire. En résumé, en première ligne, nous concluons à des douleurs dans le cadre d'une discarthrose modérée et d'une arthrose facettaire inflammatoire avancée.

Au niveau des genoux, tel que l'IRM l'a montré, il y a une arthrose débutante ainsi qu'une déchirure du ménisque, cliniquement non péjorée à droite entre 2018 et actuellement. L'examen clinique ne montre pas de limitations fonctionnelle. Depuis 2018, la situation est stable, la gêne et les douleurs sont très fluctuantes.

A l'épaule droite, à l'échographie actuelle, on note une importante arthrose acromio-claviculaire mais par contre, il n'y a pas de bursite ni de claire tendinopathie visible. La situation à ce niveau est décrite également plutôt stable par rapport à 2018 selon l'expert rhumatologue.

Les examinateurs, tant l'interniste que le rhumatologue ont constaté quelques éléments de discordance entre l'intensité des douleurs, la gêne quotidienne décrite et l'examen clinique qui montre des signes de ressource physique partiellement conservée tout au moins avec l'absence d'atrophie musculaire, une lordose lombaire plutôt conservée, se traduisant par une certaine flexibilité dans les activités quotidiennes (par exemple sortir de chez lui, pouvant marcher à 300 mètres au moins de son domicile, accompagner des enfants en bas âge à l'école, alors que chez lui il dit ne pouvoir s'occuper que difficilement de ses oiseaux). Les examens cliniques ont montré des signes de Waddell positifs qui parlent contre une source de douleur purement nociceptive (purement périphérique). Il y a certainement une généralisation, voire une hypersensibilité (nociplastique) à la douleur. Pendant l'examen, tel que constaté par l'interniste et le rhumatologue, l'expertisé s'est déshabillé avec une vitesse réduite en ce qui concerne le haut, mais avec une mobilité conservée aux épaules. Nous relevons que la description de la claudication n'est pas typique, qu'il ne s'agit pas non plus d'une douleur neuropathique. Comme décrit plus haut il n'y a d'ailleurs

pas de radiculopathie ou de douleur causée par un rétrécissement spinal. Les réflexes, la force et la sensibilité périphériques aux membres inférieurs sont conservées. La description du caractère des douleurs par Monsieur R. \_\_\_\_\_ est floue. Tout ceci ne nous oriente pas vers une simulation ou une exagération des symptômes volontaires mais est le signe d'une composante somatoforme aux douleurs, sans que l'on ne retienne pourtant formellement ce diagnostic.

D'autre part, Monsieur R. \_\_\_\_\_ présente une hypertension artérielle traitée, une obésité et un déconditionnement musculaire qui sont des facteurs limitant la distance de marche.

La surdité est appareillée.

Une maladie veineuse du membre inférieur gauche a été documentée par bilan phlébologique en novembre 2019. Une dermite ocre jambière bilatérale était d'origine multifactorielle, sur stase veineuse secondaire à l'obésité, et suite à une corticothérapie au long cours pour les lombalgies.

Au plan psychiatrique, l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir un diagnostic d'épisode dépressif léger. Ce diagnostic est retenu en présence d'une tristesse, irritabilité, manque de perspective et d'espoir.

On relève que les plaintes de la sphère psychologique ne sont pas exprimées spontanément. Nous n'avons pas relevé tant lors de l'entretien par l'interniste que par le psychiatre de ralentissement, de fatigue ou fatigabilité, de troubles de l'attention ou de la vigilance, de trouble grossier de la mémoire ou de la concentration ou de trouble du langage. Monsieur R. \_\_\_\_\_ était orienté aux 4 modes. Le psychiatre relève que le discours est assez pauvre, restant participatif et contributif dans les limites de capacité d'abstraction restreinte. Le contenu du discours, centré sur les problèmes somatiques et les difficultés financières familiales, était empreint de ressentiment et de tristesse. Le peu de mise en perspective et l'absence d'introspection sont mises en avant. La thymie était légèrement altérée, peu modulable. Monsieur R. \_\_\_\_\_ se plaignait essentiellement de ses douleurs et de la non-réponse de l'AI qui l'amène dans une situation financière mauvaise, sans perspective d'avenir.

Malgré la présence de douleurs au premier plan au niveau lombaire, qui prennent beaucoup de place dans le quotidien de l'expertisé, nous n'avons pas retenu formellement le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence de facteurs stressants psycho-sociaux importants à l'origine de ses douleurs. De plus, celles-ci sont expliquées en grande partie par l'activité inflammatoire accrue de la discarthrose."

S'agissant de la répercussion des atteintes diagnostiquées sur la capacité de travail, les experts d'E. \_\_\_\_\_ ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> septembre 2021, pp. 5 - 7) :

#### “4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

En raison des limitations fonctionnelles en première ligne au niveau lombaire, avec une mobilité du rachis lombaire réduite à environ 30% à 50% dans tous les axes, notamment l'inclinaison à cause de l'arthrose facettaire, confirmée par l'IRM actuelle, les limitations concernant les activités physiques lourdes, port de charges de plus de 10 kg, toutes activités qui ne permettraient pas de changer de position régulièrement et toutes activités en station debout. Contre-indication des mouvements d'hyperextension du rachis, des mouvements en porte-à-faux du rachis.

Les gonalgies avec arthrose contre-indiquent les travaux avec les genoux pliés, contre-indiquent également le port de charges de plus de 10 kg.

Il y a des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule droite dues à l'arthrose acromio-claviculaire sévère, notamment en abduction mais aussi en flexion et extension de cette épaule. Cela contre-indique également le port de charges de plus de 3 à 5 kg. Il ne faudrait pas non plus de travail prolongé du membre supérieur droit au-dessus du plan de l'horizontale.

L'hypertension artérielle traitée, l'obésité ne limitent pas les activités professionnelles.

La surdité est appareillée et ne limite pas les activités plutôt manuelles.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle à retenir en particulier concernant la maladie veineuse du membre inférieur gauche (possibilité de porter des bas de contention).

Au plan psychiatrique, on met en avant les symptômes dépressifs légers qui peuvent entraîner une certaine fatigue et un temps de repos-récupération plus important que la moyenne. Les douleurs en lien avec l'arthrose lombaire et la composante somatoforme ont entraîné un déconditionnement dont Monsieur R. \_\_\_\_\_ peine à se sortir. Ce déconditionnement ainsi que les douleurs permettent de considérer un temps de repos et de récupération légèrement augmenté par rapport à la norme.

L'impact sur les domaines prédéfinis du Mini CIF-APP reste faible, globalement, au maximum de 20%.

L'adaptation aux règles et routines ne devrait pas être perturbée vu le degré léger de l'état dépressif.

La planification et la structuration des tâches n'est pas non plus impactée. Monsieur R. \_\_\_\_\_ reste capable de planifier son quotidien, s'occuper de l'éducation de son plus jeune fils. La flexibilité et les capacités d'adaptation sont légèrement diminuées au vu du vécu douloureux. Les ressources intellectuelles sont probablement limitées. Il y a un faible niveau de scolarisation qui agit comme un facteur limitatif et négatif dans le cadre d'un déconditionnement actuel. L'usage des compétences spécifiques est limité en raison des lombalgies, de la douleur globalisée. La capacité

de jugement et de prise de décision n'est pas impactée par l'épisode dépressif léger. La capacité d'endurance est diminuée en raison des douleurs. Il y a le déconditionnement lié aux douleurs, lié à l'obésité, lié en partie à l'état dépressif. L'aptitude à s'affirmer est légèrement diminuée par l'épisode dépressif léger et la place qu'ont prises les douleurs dans le vie de l'expertisé depuis plusieurs années. L'aptitude à établir des relations avec les autres est légèrement diminuée. Le cercle social semble très restreint selon la description de Monsieur R.\_\_\_\_\_ mais l'intensité faible de l'état dépressif n'explique pas complètement cela. L'aptitude à évoluer au sein d'un groupe est légèrement diminuée pour les mêmes raisons qu'évoquées ci-dessus. L'aptitude à entretenir des relations proches est préservée (vie familiale préservée même s'il y a la description de conflits conjugaux qui sont aussi liés à des facteurs extra-médicaux tel[s] que la situation financière compliquée qu'a évoquée l'expertisé). L'aptitude à des activités spontanées est légèrement diminuée par les douleurs et le déconditionnement. L'hygiène corporelle et les soins corporels ainsi que l'aptitude à se déplacer sont préservées.

Globalement, les limitations sont légères, de 20% à notre avis.

#### 4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Nous n'avons pas d'évidence de trouble de la personnalité. Monsieur R.\_\_\_\_\_ a mené une vie sociale, professionnelle, familiale qui paraît équilibrée jusqu'à son arrêt de travail. Les ressources intellectuelles probablement limitées et la faible scolarisation agissent néanmoins comme facteurs limitatifs et négatifs dans le cadre du déconditionnement actuel, lié à la douleur lombaire chronique, à l'obésité.

#### 4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Le point positif est l'absence de pathologie psychiatrique tel un trouble de la personnalité ou un état dépressif plus que de degré léger actuellement. Néanmoins, les ressources intellectuelles paraissent limitées. Monsieur R.\_\_\_\_\_ a des capacités d'introspection probablement limitées ce qui diminue ses ressources dans la situation actuelle de lombalgies chroniques ; cela même si les ressources intellectuelles probablement limitées, la faible scolarisation sont des facteurs extra-médicaux qui n'ont pas empêché l'expertisé de travailler durant de nombreuses années dans le circuit économique normal libre. L'étayage familial demeure présent comme élément de ressource même s'il y a la description d'un certain conflit conjugal.

#### 4.6. Contrôle de cohérence

Nous n'avons pas d'évidence d'incohérence. La présence de signes de Waddell positifs, d'éléments somatoformes pour expliquer une partie des douleurs n'est pas volontaire. L'expression de la souffrance de Monsieur R.\_\_\_\_\_ nous a paru authentique. Les discordances entre l'importance des douleurs, la description de certaines limitations fonctionnelles dans son quotidien sont tempérées par la constatation de limitations limitées au status

ostéoarticulaire et la description détaillée du quotidien de Monsieur R. \_\_\_\_\_ qui reste autonome, se déplace sans problème hors de chez lui de manière indépendante.”

**c)** En l’occurrence, on constate que le rapport d’expertise judiciaire est pleinement probant. En effet, il comporte une anamnèse complète, est le fruit d’un examen multidisciplinaire *lege artis*, fait état de considérations dûment documentées et d’observations, qui, après discussion des avis divergents, ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation, tant sur le plan des diagnostics que celui des limitations fonctionnelles retenues ainsi que des répercussions sur la capacité de travail. Ce rapport contient des conclusions claires, posées au terme d’un consilium sur l’appréciation globale du cas.

Les trois objections soulevées par la mandataire CAP ne sont pas pertinentes ; en effet, les attentes du requérant quant à sa situation financière, les motifs d’une prise de poids et les observations effectuées par l’expert en médecine interne en cours d’examen n’entachent en rien la qualité de l’expertise au regard du mandat confié et des critères jurisprudentiels à observer.

**d)** Au demeurant, le requérant ne fait pas mention d’éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise pluridisciplinaire judiciaire de 2021, ni ne produit de rapport médical pertinent pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il oppose en effet uniquement l’avis de son rhumatologue traitant (Dr A. \_\_\_\_\_) dont les experts ont pris le soin d’exposer les motifs objectifs les conduisant à s’écarter des conclusions de ce médecin (rapport d’expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> septembre 2021, p. 8).

**e)** Pour le surplus, les experts rejoignent les conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_, du SMR, en retenant une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Ce taux a précisément fondé la décision attaquée.

**f)** Il y a donc lieu de suivre le rapport d'expertise pluridisciplinaire judiciaire du 1<sup>er</sup> septembre 2021, pleinement probant, et de retenir, au final, que le recourant présente toujours une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé déficient. De ce fait, le taux d'invalidité demeure à 55 % sans subir une modification notable. Ce degré n'ouvre pas le droit à la rente entière que le recourant appelle de ses vœux, mais laisse subsister le droit à la demi-rente précédemment reconnu.

**8. a)** Mal fondé le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de R.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour R. \_\_\_\_\_),
- 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 :