COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2022

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Germond

*****

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. **a)**K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 juin 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état de troubles psychiques qui avaient nécessité une hospitalisation en 2001.

Par décision du 16 mars 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er juin 2007 au 30 septembre 2008.

b) Le 18 septembre 2013, K._____ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir des lombalgies chroniques et des douleurs au genou droit depuis un accident professionnel survenu le 6 mars 2013.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI s'est vu successivement remettre les dossiers de l'assurance-accidents (la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]) et de l'assurance perte de gain de l'employeur de l'assuré (X._____ Assurances Générales SA) – dont en particulier un rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie) du 6 janvier 2015 du P._____ (P._____) posant les diagnostics incapacitants de spondylarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie évidentes (M47.8) ainsi que de gonarthrose interne débutante à droite (M17.1) et concluant qu'un travail moyennement physique à léger était exigible de l'assuré au taux de 50 % dès août 2013, puis de 100 % dès septembre 2013 –, puis a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des 7 juin, 18 juillet et 14 octobre 2013 du Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en anesthésiologie ; rapport du 22 octobre 2013 de la Dre S._____, spécialiste en rhumatologie ; rapports des 14 novembre 2013 et 25 août 2014 de la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale ; rapport du 19 septembre 2014 du Service de pathologie

clinique du CHUV). Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (avis médical du 24 mars 2015), l'OAI a, par décision du 29 avril 2016, rejeté la demande de prestations de l'assuré, aux motifs que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était entière depuis septembre 2013 et que, partant, il ne présentait pas de perte économique.

c) Le 7 septembre 2017, K._____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant son accident du 6 mars 2013 et renvoyant à un rapport du 27 juillet 2017 du Dr B._____, spécialiste en neurologie.

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande de prestations, avoir recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport des 24 octobre 2017 et 21 janvier 2018 du Dr B._____ ; rapport du 3 décembre 2018 du Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; rapport du 20 décembre 2018 de la Dre D._____, spécialiste en pédiatrie ; rapport du 30 janvier 2019 du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie), l'OAI a diligenté une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, rhumatologie et psychiatrie) auprès de l'A._____ de la N._____ (N._____), à [...]. Dans leur rapport du 11 février 2020, les experts (Drs E._____, spécialiste en médecine interne générale, Z._____, spécialiste en neurologie, Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, spécialiste en rhumatologie) ont posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgie droite chronique d'étiologie indéterminée avec petite hernie discale L5-S1 gauche révélée par une IRM en 2013 (M54.5), de douleurs chroniques du membre supérieur gauche d'étiologie indéterminée (M79.6), de neuropathie sensitive ulnaire gauche sans traduction clinique, de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), d'accentuation de traits de personnalité de type borderline et paranoïaque (Z73.1) et de possible majoration des symptômes pour raison psychologique (F68.0). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis 2013 dans l'activité habituelle d'aide-monteur électricien, mais qu'elle était de 80 %

dans une activité adaptée. Une diminution de rendement de 20 % était retenue, du fait du syndrome douloureux rapporté. En raison des atteintes dégénératives du rachis et de la gonarthrose débutante, il y avait lieu par ailleurs de tenir compte de limitations fonctionnelles, à savoir pas de charges répétitives de plus de 10 kg, position de travail alternée, pas de porte-à-faux, éviter les travaux sur les échelles et les échafaudages, pas de marche en terrain instable ou à genoux. Les experts ont constaté que l'état de santé de l'assuré s'était peu modifié depuis la précédente expertise médicale.

Toujours dans le cadre de son instruction, l'OAI a sollicité un complément d'expertise auprès des experts de la N._____, lesquels ont répondu par rapport du 21 avril 2020.

Se fondant sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la N._____ et son complément, le SMR, par la voix de la Dre I._____, a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *pas de port de charge > 10 kg, pas de travail sur échelle, pas de marche prolongée et en terrain accidenté, pas de montée/descente d'escalier, et pas de travail à genou ou accroupie, douleurs* » ; rapport SMR du 12 mai 2020).

Par projet de décision du 20 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 23 novembre 2020, le représentant de l'assuré, Me Jean-Nicolas Roud, a fait part à l'OAI d'une surcharge momentanée de travail en requérant une prolongation de trois semaines du délai pour présenter ses objections sur le projet de décision du 20 octobre 2020.

Le 25 novembre 2020, l'OAI a accusé réception du courrier du 23 novembre 2020 et indiqué au représentant de l'assuré qu'un recours – concernant dans les faits une procédure ayant pour objet le droit à un

moyen auxiliaire – avait été déposé auprès du Tribunal cantonal, lui laissant le soin d'adresser sa demande auprès dudit tribunal.

Le 12 novembre 2021, K._____ a transmis à son avocat une décision datée du 30 novembre 2020 rejetant la demande de prestations de l'assuré et sa lettre d'accompagnement du 24 septembre 2021.

Par courrier du 17 novembre 2021, Me Roud a informé l'OAI qu'il n'avait jamais reçu la décision du 30 novembre 2020, estimé que, compte tenu de la teneur du courrier de l'OAI du 25 novembre 2020, aucune décision n'avait pu être rendue à cette date, demandé la confirmation du caractère nul et non avenu de la décision et requis l'octroi d'un délai pour présenter ses observations sur le projet de décision du 20 octobre 2020.

Par lettre du 19 novembre 2021, l'OAI a, en réponse au courrier précité, invité Me Roud à s'adresser au "Tribunal cantonal des assurances" (sic !).

B. **a)** Par acte du 4 décembre 2021, K._____, toujours représenté par Me Roud, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision rendue le 30 novembre 2020 par l'OAI, en prenant les conclusions suivantes :

I. Constater l'inexistence ou la nullité de la prétendue décision datée du 30 novembre 2020 ou annuler ladite décision ;

II. Mettre le recourant au bénéfice d'une rente AI et de mesures professionnelles, subsidiairement renvoyer le dossier de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision.

En substance, l'assuré se plaignait, sur la forme, d'une notification irrégulière de la décision attaquée et, sur le fond, de la qualité de l'instruction menée par l'OAI. A titre de mesure d'instruction, l'assuré requérait la mise en œuvre d'une expertise « *pour compléter la preuve de l'impact de son état de santé sur sa capacité de travail si besoin* ». Il a fait verser à la procédure des rapports des médecins et intervenants consultés

(rapport du 1er décembre 2020 du Dr V._____ ; rapport du 17 décembre 2020 du Dr L._____ ; rapport du 24 juin 2021 du Dr T._____, spécialiste en neurologie ; rapport du 1er juillet 2021 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main ; rapport du 29 juillet 2021 établi par l'infirmière référente du CMS [...]).

b) Dans sa réponse du 24 janvier 2022, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours. A cet effet, il exposait avoir généré par erreur le 24 septembre 2021 une décision datée du 30 novembre 2020 dont une copie avait été adressée à Me Roud et une autre à l'assuré. L'OAI était d'avis que l'assuré ou son représentant aurait dû se manifester au plus tard à la fin du mois d'octobre 2021 afin de sauvegarder le délai de recours.

c) Le 4 mars 2022, Me Roud a informé la Cour de céans de la fin de son mandat.

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).

b/aa) Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour la personne assurée (art. 49 al. 3, 3e phrase, LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à

l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi, l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c). En effet, tant qu'elle ne lui a pas été notifiée, la décision n'est pas nulle mais simplement inopposable à celui qui aurait dû en être le destinataire et elle ne peut dès lors le lier (TF 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.1.2 et la référence). Néanmoins, une partie qui connaît ou doit connaître l'existence d'un prononcé la concernant mais qui n'entreprend aucune démarche pour en obtenir la communication agit de manière contraire à la bonne foi. Elle doit en effet faire preuve de diligence et est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner le prononcé, à défaut de quoi elle risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour cause de tardiveté (ATF 134 V 306 consid. 4 ; TF 2C_318/2009 du 10 décembre 2009 consid. 3.3 et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 119 IV 330 consid. 1c et TFA I 663/99 du 4 mai 2000 consid. 2a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118). A cet égard, le Tribunal fédéral a, à plusieurs reprises, jugé que le délai de recours (de 30 jours) commence à courir une fois que le recourant pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée et était en possession de tous les éléments essentiels à la défense de ses intérêts – et non dès le moment où il apprend fortuitement l’existence de ladite décision (cf. TF 9C_639/2019 du 12 février 2020 consid. 4.3 et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 102 Ib 91 consid. 3 ; TF 1C_150/2012 du 6 mars 2013 consid. 2.3).

En outre, la preuve de la notification d'une décision et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Si la notification d'un acte envoyé sous pli simple ou la date de la notification sont contestées et qu'il existe effectivement un

doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de la communication (ATF 129 I 8 consid. 2.2; 124 V 400 consid. 2b ; 121 V 5 consid. 3b).

bb) En l'occurrence, c'est le 12 novembre 2021 que le recourant a remis à son avocat la décision datée – par erreur – du 30 novembre 2020 ainsi que la lettre d'accompagnement de l'OAI du 24 septembre 2021. Aucun élément au dossier n'autorise de retenir que le recourant aurait reçu ladite décision plus tôt que dans les quelques jours ayant précédé le 12 novembre 2021, de sorte que l'on se fondera sur ses explications. De même, le recourant a respecté les règles de la bonne foi en transmettant rapidement à son représentant la décision qu'il avait reçue. Aussi convient-il de constater que la décision litigieuse a été notifiée, au plus tôt, le 12 novembre 2021 au représentant du recourant. En envoyant son acte de recours par courrier recommandé du 4 décembre 2021 à la Cour de céans, le recourant, par son représentant, a ainsi agi 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]).

c) Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est par conséquent recevable.

2. Le recourant reproche à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu sous plusieurs formes.

a) Par un premier moyen, le recourant fait grief à l'office intimé de ne lui avoir pas laissé la possibilité de s'exprimer sur le projet de décision.

aa) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant

qu’une décision ne soit prise à son détriment, d’avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l’autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l’estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu’elle soit ou non concrètement susceptible d’influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

Le droit d’être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l’annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s’exprimer devant une autorité de recours jouissant d’un plein pouvoir d’examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l’exception et n’est admissible, en principe, que dans l’hypothèse d’une atteinte qui n’est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d’être entendu peut également se justifier, même en présence d’un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l’intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

bb) En l’occurrence, le recourant a disposé de plus d’une année pour s’exprimer sur le projet de décision, mais n’a pas fait usage de cette possibilité. Au surplus, il a eu ensuite l’opportunité dans la présente procédure de recours de s’exprimer sur les faits de nature à influer sur le sort de la décision devant une autorité de recours jouissant d’un plein pouvoir d’examen, de sorte qu’une éventuelle violation de la disposition précitée devrait de toute manière être considérée comme réparée.

b) Par un second moyen, le recourant reproche à l'office intimé de ne pas avoir motivé la décision attaquée de refus de rente.

aa) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

bb) En l'espèce, la motivation de la décision attaquée permet de comprendre parfaitement quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été (« *Toutefois, force est de constater qu'à partir de septembre 2013, et sur la base des renseignements médicaux, sa capacité de travail est entière, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles* [...] »). En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir

pas motivé de façon suffisamment intelligible la manière dont elle a tenu compte des différents rapports médicaux, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient de l'examiner avec le fond du litige.

3. **a)** Le litige sur le fond a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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 24 septembre 2021 (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).

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) Dans le domaine de l’assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Conformément à l’art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d’invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d’invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d’invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d’invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Lorsqu’une rente a été refusée parce que le degré d’invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s’est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l’assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l’administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l’affaire au fond et vérifier que la modification du degré d’invalidité rendue plausible par l’assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l’art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d’invalidité, et donc le droit à la rente, s’est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de même manière qu’en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d’invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d’office ou sur demande, révisée pour l’avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d’invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver

une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) 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).

f) 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).

5. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, et, partant, le droit à la rente, depuis la précédente décision au fond, datée du 29 avril 2016, par laquelle l'office intimé avait constaté que la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était entière depuis septembre 2013.

a) L'office intimé s'était basé à l'époque sur un avis du 24 mars 2015 du Dr H._____, du SMR, lequel s'était rallié aux constatations et conclusions d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie) du 6 janvier 2015 du P._____ mis en œuvre par l'assurance perte de gain de l'employeur de l'assuré (X._____ Assurances Générales SA), dont la teneur était la suivante :

> • Sur le plan somatique, hors neurologie, il existe une gonarthrose débutante droite et une spondylarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie évidente, qui est démontrée par l'absence de syndrome radiculaire, les altérations de l'ENMG [électro-neuro-myogramme] n'étant pas diagnostiques d'une telle pathologie. L'imagerie radiologique a été revue, il n'existe pas de signe compressif du système nerveux. La myotonie découverte est définie comme sans répercussion fonctionnelle aucune, même pour un travail de force. La présentation de l'assuré comme un homme inactif, quasiment grabataire, devant se faire aider par son épouse dans la vie quotidienne est due à des facteurs extra-somatiques. En témoignent le tableau de « *surcharge majeure* » avec un comportement démonstratif et plaintif lors de l'observation aux ateliers professionnels, la présence d'éléments peu concordants, de lâchages, de contre-pulsions, de l'absence de modification corporelles attendues en cas d'immobilisation prolongée. La présence au contraire d'une musculature conservée, de callosités des genoux, d'une usure des chaussures identique signale un fonctionnement conservé. Diverses anomalies non incapacitantes ont été relevées et discuté[e]s (œdème des membres inférieurs, perturbation des tests hépatiques et hépatomégalie, hyperuricémie, possible syndrome d'apnée du sommeil).

• Au plan psychiatrique, il n'existe pas de pathologie. Dans cette optique, une amplification des symptômes qui a paru évidente lors des examens somatiques est considérée « *consciente* ».

• Au plan neurologique, la discordance entre l'état de la musculature conservée aux membres inférieurs et l'impossibilité de les mobiliser, rendait l'examen difficile d'autant qu'il existait les phénomènes de surcharge décrits. Il n'existait pas de fasciculation, décrites dans les formes sévères de myoclonie. Mais l'assuré « *garde une solide constitution plus d'un* [*an*] *après son arrêt de travail* » malgré « *l'état d'impotence majeur qu'il annonce* ». Il n'existe pas d'hypoesthésie en selle ni d'évidence d'atteinte des racines sacrées pouvant justifier de l'impotence et de l'incontinence annoncées, qui sortent cependant du champ de l'expertise.

• Sur le plan biologique, le dosage des médicaments était infra-thérapeutique tant sur le plan antalgique que psychiatrique.

Il n'a pas semblé raisonnable aux experts d'envisager une poursuite de l'activité habituelle de maçon, étant « *d'usage de ne pas exposer un patient douloureux chronique à la dangerosité du métier* », même étant entendu que son état de santé, myoclonie bénigne y comprise, ne constituait pas une contre-indication. Nous pouvons suivre les conclusions de cette expertise de la manière suivante :

Début de l'IT [incapacité de travail] : 6.3.2013

Evolution de l'IT : 100% dès le 6.3.2013

Capacité de travail :
- Activité habituelle : 0%
- Activité adaptée : 50% dès ao[û]t 2013, 100% dès septembre 2013.

Limitations fonctionnelles : pas de port de charge de plus de 10 Kg, pas de travail sur une échelle ou sur un échafaudage, pas de marche longue en terrain accidenté, pas de montée et descente régulière d'escalier, pas de travail à genoux ou accroupie, possibilité de se lever une fois par heure à son gré.

Réadaptation : elle paraît vouée à l'échec, au vu des tentatives précédentes.

Révision : -

Remarque : une approche théorique devra probablement être mise en route.

b) Se fondant sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 février 2020 de la N._____ et de son complément du 21 avril 2020, l'office intimé a estimé que depuis septembre 2013 le recourant disposait d'une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles (« *pas de port de charge > 10 kg, pas de travail sur une échelle, pas de marche prolongée et en terrain accidenté, pas de montée/descente d'escalier, pas de travail à genou ou accroupie* »).

aa) Posant les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgie droite chronique d'étiologie indéterminée avec petite hernie discale L5-S1 gauche révélée par une IRM en 2013 (M54.5), de douleurs chroniques du membre supérieur gauche d'étiologie indéterminée (M79.6), de neuropathie sensitive ulnaire gauche sans traduction clinique, de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), d'accentuation de traits de personnalité de type borderline et paranoïaque (Z73.1) et de possible majoration des symptômes pour raison psychologique (F68.0), et retenant des limitations fonctionnelles similaires à celles prises en compte en 2015 par les experts du P._____, les experts de la N._____ ont constaté que l'état de santé du recourant s'était peu modifié depuis la précédente expertise médicale.

aaa) Les experts de la N._____ n'ont pas trouvé d'explication médicale satisfaisante en lien avec l'impotence du membre fonctionnel gauche qui avait justifié la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ils ont indiqué que ce déficit s'inscrivait dans un tableau plus global avec des lombo-pseudo-sciatalgies avec déficit sensitif du membre inférieur gauche, sans substrat anatomique et pour lesquels une dynamique de majoration des symptômes pour causes psychiques était retenue. A l'instar des experts du P._____ ils n'ont également pas trouvé d'atteinte objectivable expliquant les difficultés de déplacement du recourant.

bbb) Du point de vue neurologique, les quelques anomalies retrouvées au membre supérieur gauche (nerf ulnaire) par les experts étaient en rapport avec une neuropathie sensitive, sans correspondance avec les plaintes cliniques du recourant.

ccc) Sur le plan rhumatologique, les experts ont conclu à l'absence de maladie spécifique dans le contexte d'un examen clinique

pauvre et parasité par le comportement douloureux contrastant avec l'absence de raideur articulaire ou d'amyotrophie. Les troubles décrits radiologiquement (troubles dégénératifs modérés tant au niveau du genou droit que de la colonne lombaire et fracture consolidée du 5ème rayon métacarpe) justifiaient néanmoins des limitations fonctionnelles pour toutes activités physiquement lourdes, à genoux, comportant des levages de charges de manière régulière et des positions accroupies.

ddd) Enfin, du point de vue psychiatrique, les experts ont retenu en premier lieu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison d'une anamnèse d'épisode dépressif entrecoupé d'épisodes de rémission ; les troubles thymiques étaient actuellement amendés. Il convenait également de retenir le diagnostic d'accentuation de traits de la personnalité de type borderline et paranoïaque en raison d'une trajectoire de vie émaillée de difficultés relationnelles avec cinq mariages, tous conflictuels ; les traits de personnalité de type borderline et paranoïaque étaient constitués par une relative impulsivité, des décisions pouvant être impulsives, une tendance à la projection et au déni ; l'expertise avait cependant montré dans sa trajectoire existentielle des capacités d'adaptation certaines sans que l'on puisse retrouver de déviation extrême des pensées et des conduites, ce qui permettait d'exclure un trouble de la personnalité avéré. Enfin, un ensemble d'éléments faisait pencher en faveur d'une probable majoration des symptômes pour raison psychologique ; malgré une base d'altération somatique documentée, les plaintes étaient cependant changeantes d'un examen à l'autre, peu congruentes avec les constatations, mal systématisées et présentés parfois de manière outrancière ; l'exagération des plaintes ne procédait probablement pas d'un calcul délibéré, mais tirait sa motivation inconsciente d'un besoin de reconnaissance dans le cadre d'un vécu de victime incomprise et mal considérée. Théoriquement, et sur le plan psychiatrique exclusivement, le recourant paraissait capable d'assurer une activité adaptée aux éventuelles limitations physiques.

eee) Les experts ont évalué, de manière consensuelle, la capacité de travail de l'assuré comme nulle depuis 2013 dans l'activité

habituelle d'aide-monteur électricien, mais de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Dans le complément d'expertise, ils ont expliqué que la diminution de rendement de 20 % au maximum était retenue du fait du syndrome douloureux chronique lequel induisait la nécessité de pauses pour des changements de positions et pour des étirements. La baisse de rendement n'était pas en lien avec le déficit neurologique apparu au membre supérieur gauche en 2016 ; selon l'expert neurologique, les minimes anomalies électrophysiologiques sensitives ulnaires gauches liées à l'utilisation de béquilles étaient en effet sans traduction clinique et donc sans répercussion sur la capacité de travail.

bb) Pour le reste, le rapport d'expertise du 11 février 2020 et son complément du 21 avril 2020 reposent tous deux sur une étude circonstanciée du dossier et sur une anamnèse complète et comportent des conclusions claires et motivées. Le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire a, au demeurant, été conduit conformément à la procédure structurée instaurée par l'ATF 141 V 281. Aussi, le rapport d'expertise et son complément revêtent une pleine valeur probante (cf. consid. 4f supra).

c) Rien au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise, les pièces produites décrivant au contraire une situation stable sur le plan médical.

aa) Dans un rapport du 1er décembre 2020, le Dr V._____ indique avoir été consulté dans le cadre d'un suivi de bilan rhumatologique, en raison de recrudescence douloureuse des séquelles de paraparésies fonctionnelles et de l'état de la main du recourant. Sur la base de son examen clinique, ce médecin constate que les séquelles de l'accident rachidien de 2013 semblent stables comme la gonarthrose. S'agissant de l'état de la main, il rapporte un état également stable, avec la précision que deux chirurgiens consultés avaient déconseillé toute intervention.

bb) Dans un rapport du 17 décembre 2020, le Dr L._____, psychiatre traitant, ne met pas en évidence de symptômes marqués, mais fait part du contexte d'atteintes à la santé psychique et physique qui entravent l'évolution favorable de la symptomatologie clinique du recourant, laquelle reste néanmoins stationnaire depuis le début de sa prise en charge.

cc) Dans un rapport du 24 juin 2021, le Dr T._____ diagnostique une coupure distale du pouce droit (mars 2021) ainsi que des polypathologies chroniques anciennes sans modification récente manifeste de ses composantes neurologiques. Il constate une hypoesthésie tacto-algésique pulpaire de la phalange distale du pouce droit, avec une cicatrice *a priori* calme et indolore ainsi qu'une faiblesse isolée de la phalange distale de ce pouce alors que la force des autres groupes musculaires de la main droite est conservée. Dans ce contexte, il préconise un avis de chirurgie de la main.

dd) Dans un rapport du 1er juillet 2021, le Dr O._____ diagnostique un status quatre mois après plaie versant cubital P2 pouce droit avec probable lésion des branches terminales des nerfs collatéraux et conclut à une hypoesthésie relativement importante de la pulpe du pouce droit de l'assuré avec éventuellement une lésion partielle du long fléchisseur du pouce demeurant toutefois fonctionnel. Il n'envisage toutefois aucune sanction chirurgicale, précisant qu'une exploration avec une éventuelle greffe de nerf n'est pas indiquée.

d) En l'absence de mise en évidence d'une aggravation objective de l'état de santé du recourant propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, apparue postérieurement à la décision du 29 avril 2016, la situation du recourant s'avère superposable à celle qui avait cours à cette date et les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réunies.

6. Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en connaissance. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la

requête formulée en ce sens par le recourant dans son acte de recours du 4 décembre 2021 – soit la réalisation d'une expertise judiciaire – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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 dès lors que le recourant 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 24 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de K._____.

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 :

- K._____,
- 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 :