

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 let. b et c LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], plâtrier-peintre de profession, a travaillé de nombreuses années comme indépendant, puis comme employé dans la société de ses deux fils.

b) Souffrant de troubles dégénératifs associés à une hernie discale C5-C6 ainsi que de dysbalances musculaires de la chaîne postérieure et antérieure, il a déposé le 28 novembre 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle a été rejetée le 25 août 2008, faute de collaboration de l'intéressé à l'instruction de la demande.

c) Le 18 septembre 2009, E. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations. Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assuré, le docteur L. _____. Dans un rapport du 31 janvier 2010, ce médecin a indiqué les diagnostics de trouble anxio-dépressif secondaire à la douleur chronique, d'obésité, d'apnée du sommeil appareillée, de troubles rachidiens cervicaux et lombaires sévères et de déconditionnement physique global ; l'incapacité de travail était totale depuis le 7 juillet 2009 et le pronostic était très défavorable.

L'assuré s'est vu allouer un stage d'orientation professionnelle (communication du 1^{er} décembre 2009), des mesures d'ordre professionnel sous la forme de cours d'initiation à l'informatique (communication du 23 mars 2010), puis une mesure d'aide au placement (communication du 7 juillet 2010).

Tout en admettant que l'assuré présentait depuis le 1^{er} février 2007 une incapacité de travail et de gain totale dans son activité habituelle, l'office AI a considéré que l'assuré disposait depuis le mois de février 2009 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port régulier de charges supérieures

à 10 kg, pas de travaux au-dessus de la tête et nécessitant l'hyperextension cervicale, pas de stations statiques prolongées, pas de position en porte-à-faux, pas de mouvements répétés d'inclinaison/rotation cervicale et lombaire, pas de travaux sur des machines vibrantes) et qu'il avait les prérequis nécessaires afin de travailler pour une gérance immobilière et effectuer des tâches comme les états des lieux, les contacts avec les entreprises pour les travaux d'entretien et de réparation et la surveillance des travaux. Fort de ces constats, l'office AI a, par décision du 2 novembre 2011, rejeté la demande de prestations, faute pour l'assuré de présenter un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à la rente (15 %), puis, par décision du 12 décembre 2011, mis un terme à la mesure d'aide au placement.

d) Dans l'intervalle, l'assuré a repris son activité de plâtrier-peintre.

e) Victime d'un accident de chantier survenu le 4 octobre 2012 au cours duquel il a subi une déchirure subtotale de l'insertion fémorale du ligament latéral interne, une lésion grade II de l'insertion fémorale du ligament latéral externe, une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et du corps méniscal externe, ainsi qu'une exacerbation de ses douleurs lombaires et cervicales, E. _____ a déposé le 30 avril 2013 une nouvelle demande de prestations.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du docteur L. _____ (rapport archivé le 6 septembre 2013) et fait verser à la procédure le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Entre le 19 juin et le 12 juillet 2013, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation. Dans leur rapport du 19 août 2013, les docteurs V. _____ et Q. _____ ont indiqué que les examens radiologiques réalisés durant le séjour montraient une unco-cervicarthrose

C5-C6 avec ostéophytose antérieure et postérieure et pincement intersomatique, associée à une discrète diminution du calibre du trou de conjugaison C5-C6 à droite ; les radiographies de la colonne lombaire en charge ne montraient pas de lésion osseuse ni de troubles dégénératifs significatifs ; les radiographies des genoux en charge montraient un discret pincement fémoro-tibial interne bilatéral avec légère sclérose du plateau tibial sous-jacent. D'après les médecins susnommés, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; l'évaluation pluridisciplinaire retenait un patient qui avait adopté une attitude d'invalidé, totalement focalisé sur les douleurs et qui n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir. Des facteurs contextuels (perception élevée du handicap fonctionnel [hors de proportion avec les données objectives], absence de formation professionnelle, retrait prolongé du monde du travail, épouse au bénéfice de prestations d'invalidité) jouaient un rôle dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençaient défavorablement le retour au travail.

A l'issue de l'examen médical final qu'il a effectué le 7 novembre 2013, le docteur P. _____, médecin-conseil de la CNA, a retenu les éléments suivants :

Subjectivement, concernant le genou D, il annonce des douleurs de repos permanentes, des douleurs nocturnes insomniantes, des douleurs mécaniques et des douleurs lors de la position assise ou debout prolongée. Les douleurs se situent à la face antérieure, interne et externe du genou et parfois poplitée à la marche. Elles irradient distalement dans la jambe. Le périmètre de marche en terrain plat est limité à 10 minutes. La marche dans les escaliers est difficile et limitée à un étage et la marche en terrain accidenté n'est pas réalisée. Il signale une tuméfaction permanente du genou qui augmente à l'effort et le soir ainsi que la présence de quelques pseudo-blocages.

Concernant le rachis lombaire, il annonce des douleurs permanentes au repos, nocturnes, insomniantes, mécaniques à la marche et à la mobilisation du tronc, surtout lors des mouvements de porte-à-faux, sans irradiation dans les membres inférieurs.

Concernant le rachis cervical, il annonce des douleurs de repos, nocturnes, insomniantes et mécaniques à la mobilisation de la tête. Il n'y a pas d'irradiation dans les membres supérieurs.

Objectivement, il est obèse (BMI 38.1). Concernant les membres inférieurs, on constate un morphotype en varus, une discrète amyotrophie du quadriceps D, une marche avec un déhanchement bilatéral sans réelle boiterie, une marche sur les talons difficilement réalisable, une station unipodale et un sautiller non réalisables ddc. L'accroupissement est limité et le balancement des épaules est exagéré à chaque pas. Le passage de la position debout à la position couchée et inversement est laborieux. A l'examen du genou D, on constate un épanchement intra-articulaire, une limitation de la flexion à 110°, des douleurs diffuses à la palpation du genou qui prédominent à face antérieure interne et externe à D. Les rotules sont douloureuses à la palpation et à la mobilisation avec signe du Rabot positif ddc. La palpation de la face interne du genou G est douloureuse. Concernant le rachis, on constate l'absence de contracture de la musculature para-vertébrale, des douleurs à la palpation des apophyses épineuses cervicales et lombaires, un syndrome lombaire avec une DDS de 55 cm, une limitation de la mobilité du rachis cervical dans tous les plans et l'absence de syndrome radiculaire déficitaire aux membres inférieurs.

A l'imagerie, les RX du genou montrent un discret pincement fémoro-tibial interne bilatéral avec une légère sclérose du plateau tibial. Les RX du rachis cervical montrent une unco-cervicarthrose C5-C6 avec ostéophytose antérieure et postérieure et pincement intersomatique, associée à une discrète diminution du trou de conjugaison C5-C6 à D. L'imagerie lombaire par IRM montre une discopathie aux 4 derniers étages avec rupture annulaire postérieure L2-L3 et L3-L4 sans hernie visible, en présence d'une hernie médiane sans conflit radiculaire visible L5-S1 et arthrose aux 2 derniers étages lombaires.

Sur le plan médical, concernant le genou D, la situation peut maintenant être considérée comme suffisamment stabilisée pour établir le bilan des séquelles lésionnelles. Les suites de l'accident nécessitent un suivi médical espacé à long terme et la prescription ponctuelle de mesures d'antalgie et anti-inflammatoires. Il n'y a pas de traitement chirurgical, ni de traitement de physiothérapie susceptibles de l'améliorer de manière notable. La physiothérapie devrait être stoppée au terme de la prescription en cours. En revanche, ce patient devrait être encouragé à solliciter le plus activement possible la fonction de son genou dans ses activités quotidiennes et la Suva pourrait participer à l'acquisition d'un abonnement de fitness pour la durée de 3 mois.

Concernant le rachis cervical et lombaire, en l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie, on doit considérer qu'il s'agit d'une aggravation temporaire d'un état antérieur dégénératif et l'accident du 05.10.2012 a totalement cessé de déployer ses effets 12 mois après.

Sur le plan asséculoologique, un retour durable vers une pleine capacité dans son activité n'est pas envisageable. Ce patient peut, par contre, mettre en valeur une pleine capacité (horaire et rendement) dans une activité adaptée avec les limitations suivantes pour le genou D : positions de travail alternées assis/debout, pas de travail à genoux, accroupi ni au sol, pas d'utilisation d'échelle ni d'échafaudages, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de

déplacement en terrain accidenté et port de charges limitées à 15-20 kg.

Dans un projet de décision du 3 juillet 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande, au motif que la capacité de travail exigible était demeurée inchangée depuis la décision rendue le 12 décembre 2011.

Interpelé par l'office AI, le docteur L._____ a, dans un rapport du 4 novembre 2014, indiqué que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son patient se situait depuis le mois d'octobre 2012 entre 20 et 40 %.

Le 16 février 2015, l'assuré a transmis à l'office AI plusieurs documents, dont notamment :

- un rapport médical du docteur L._____ du 6 février 2015, où ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assuré dans une activité assise à 40 % au maximum avec un rendement extrêmement diminué (50 % de rendement environ) ;
- un rapport médical du docteur T._____ du 4 février 2015, attestant d'une arthrose cervicale C3-C5 avec une hernie discale C5-C6 postéro-latérale droite et d'une suspicion d'une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sous-scapulaire, sus-épineux) dans le cadre d'un conflit sous-acromial suspect.

Le 23 mars 2015, l'assuré a transmis à l'office AI un nouveau rapport médical établi le 19 mars 2015 par le docteur F._____, dont les conclusions ont la teneur suivante :

EN CONCLUSION : ce patient souffre d'affections multiples de l'appareil locomoteur. Actuellement, prédominent les cervico-brachialgies droites qui sont persistantes et qui ont été objectivées en imagerie sous forme d'un conflit « dur » à l'émergence de la racine nerveuse. Sous traitement conservateur il n'y a pas d'amélioration durable. Le tout rend le pronostic à mon avis assez réservé. Une chirurgie de libération pourrait être envisagée avec les

risques qu'elle comporte. Actuellement, en l'absence de troubles neurologiques avérés, l'indication en reste relative.

En ce qui concerne les lombalgies basses, le pronostic est celui de douleurs chroniques qui avec le temps peuvent parfois s'estomper si un enraidissement spontané et suffisant survient (ce qui pour l'instant n'est pas le cas). Des traitements dans un centre d'antalgie sous forme d'infiltrations sélectives des articulaires éventuellement suivies de thermocoagulations pourraient aider. Ceci devrait être assorti à l'apprentissage d'une bonne hygiène posturale et si possible d'une perte pondérale.

Au niveau des genoux, on est dans une situation préarthrosique de surcharge du compartiment interne qui éventuellement pourrait être améliorée par des ostéotomies de valgisation ce qui demanderait encore une étude des axes mécaniques. Quoi qu'il en soit, l'atteinte du genou est chronique, elle n'est que lentement évolutive et pour l'instant, n'est pas prioritaire en ce qui concerne le traitement.

Sur le plan professionnel, l'association de ces diverses pathologies mais notamment les cervico-brachialgies D font qu'il n'est pas en mesure de travailler dans son métier. Dans cette situation, une reconversion professionnelle s'avère également difficile. A mon avis, la 1ère décision à prendre est celle d'une éventuelle intervention sur son rachis cervical. Le patient va prochainement revoir le Dr A._____ pour discuter de façon approfondie quant à cette éventuelle intervention.

Après avoir requis l'avis de son Service médical régional (SMR), l'office AI a, par décision du 23/29 avril 2015, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. a) Par acte du 5 juin 2015, E._____, représenté par Me Olivier Carré, a déféré la décision du 23/29 avril 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement au constat du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il estimait que le dossier avait été insuffisamment instruit sur le plan médical.

b) Dans sa réponse du 10 juillet 2015, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant aux avis émis par le SMR au cours de la procédure administrative, il a relevé qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée demeurerait toujours exigible de la part de l'assuré, sans qu'il ne soit nécessaire d'entreprendre des mesures d'investigation

complémentaires pour confirmer cette aptitude. De fait, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de manière à influencer sur son droit aux prestations depuis le refus de prester prononcé en 2011.

c) Dans sa réplique du 30 novembre 2015, E._____ a produit de nouvelles pièces médicales, lesquelles attestaient qu'il avait présenté une volumineuse hernie disco-ostéophytaire C5-C6 foraminale droite, laquelle entraînait en conflit avec la racine C6 droite, ainsi qu'une discopathie C5-C6, et qu'il avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale en date du 17 septembre 2015. Il était toutefois encore trop tôt pour disposer d'un recul suffisant quant aux enseignements à tirer de cette intervention. Compte tenu de l'ensemble des diverses atteintes présentes (rachis lombaire, rachis cervical, genoux), l'assuré estimait que les conditions étaient remplies pour que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

d) Dans sa duplique du 6 janvier 2016, l'office AI a, compte tenu de la situation « difficile », suggéré également la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

e) Le 12 mai 2016, le juge instructeur a décidé de confier la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (neurologique et orthopédique) aux docteurs N._____, spécialiste en neurologie, et B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

f) Dans leur rapport du 22 juillet 2016, les docteurs N._____ et B._____ ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de status après entorse des deux genoux, de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe du genou droit, de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe du genou gauche, de status post-opératoire cervical avec arthrose multi-étagée C2 à C7, et ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de coxarthrose débutante

bilatérale, de gonarthrose débutante des deux côtés et de performances cognitives insuffisantes sur effort sub-maximal et autolimitation.

Au titre des conclusions, les experts ont retenu les éléments suivants :

Les douleurs multiples (épaules, genoux, région cervicale et lombaire) sont certainement à l'origine d'une incapacité de travail totale dans la profession de plâtrier-peintre. Concernant l'atteinte méniscale des genoux, il s'agit de lésions qui peuvent être traitées par arthroscopie. Ce traitement devrait aboutir à une importante diminution des douleurs, si ce n'est à leur suppression. Cependant, ces lésions se manifestent dans le cadre d'une gonarthrose débutante qui pourrait se manifester de plus en plus surtout lors de travaux lourds. On peut faire le même raisonnement concernant la coxarthrose débutante dont l'évolution peut être très lente. L'évolution peut cependant être beaucoup plus rapide et seul le suivi orthopédique de ce patient pourra mettre en évidence la vitesse d'évolution des lésions dégénératives des genoux et des hanches. Après traitement des lésions méniscales, le patient est certainement apte à 100 % pour un travail adapté, c'est-à-dire permettant un changement de position fréquent en évitant les ports de charges, la position à genoux ou accroupie et l'utilisation des membres supérieurs à l'horizontale des épaules et au-dessus, en raison des douleurs de celles-ci. Enfin, il est vraisemblable que les lésions méniscales internes soient présentes depuis l'accident du 05.10.2012 où le patient a chuté d'un échafaudage d'une hauteur de 4 mètres en se faisant une entorse des genoux. Les lésions dégénératives de la corne postérieure du ménisque externe ainsi que les lésions dégénératives débutantes des genoux et des hanches se sont faites progressivement depuis des années (nombre d'années non chiffrable) dans le contexte d'un genu valgum des 2 genoux et de l'excès de poids dont souffre le patient.

Par ailleurs, on notera l'absence de tout déficit neurologique, notamment associé à la pathologie cervicale. L'insuffisance des performances aux tests sensibles à la validation des symptômes démontrant une collaboration déficiente avec surcharge et autolimitation dans le cadre d'un effort sub-maximal.

En conclusion, la capacité de travail dans l'ancienne activité de plâtrier-peintre est de 0 %.

Dans le cadre d'une activité sédentaire par exemple assis à un bureau, avec possibilité occasionnelle de se dégourdir, la capacité de travail adaptée est totale. Cependant, on notera qu'au vu de l'absence de motivation du patient, ainsi que sur le résultat de nos tests neuropsychologiques de validation des symptômes, les chances de succès d'un recyclage reste limitées à nulles. Comme restriction, il faudrait introduire les déplacements au-delà de l'environnement immédiat, ainsi que le port de charge répété au-delà de 15 kg. La situation pourrait être améliorée, comme signalé

plus haut, par un traitement de l'obésité morbide, ainsi que par [le] traitement arthroscopique des lésions méniscales.

g) Par courrier du 30 août 2016, E. _____ a requis que l'office AI soit interpellé sur les possibilités d'organiser, le cas échéant sans attendre l'avancement de la présente procédure, des mesures de réadaptation nouvelles. Dès lors que les mesures mises en œuvre dans le cadre de la précédente demande de prestations s'étaient avérées inappropriées, dans la mesure où il ne pouvait guère travailler devant un ordinateur compte tenu de ses douleurs à la nuque, il y avait de la place pour de telles mesures. L'assuré a également informé qu'il était disposé à se soumettre à l'opération des ménisques préconisée par les experts. Quant à la perte de poids, la question devait être discutée avec son médecin traitant.

h) Dans ses déterminations du 13 septembre 2016, l'office AI a estimé, au vu du rapport d'expertise, qu'il n'existait pas de motifs pertinents pour l'amener à s'écarter de l'exigibilité retenue antérieurement. En effet, les experts retenaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles explicitées et estimaient que la situation personnelle de l'assuré pouvait être améliorée par un traitement de l'obésité morbide ainsi que par un traitement arthroscopique des lésions méniscales. S'agissant de la requête tendant à l'examen de mesures de réadaptation, elles ne pouvaient entrer en ligne de compte au vu du préjudice économique constaté.

i) Dans ses déterminations du 12 octobre 2016, E. _____ a indiqué que les experts avaient largement surévalué sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'impact des douleurs ayant été sous-estimé. Il requérait la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire à confier à des spécialistes de la douleur. A l'appui de ces déterminations étaient joints plusieurs rapports médicaux.

j) Dans ses déterminations du 3 novembre 2016, l'office AI a estimé que les éléments produits par l'assuré ne faisaient pas état

d'éléments qui étaient susceptibles de modifier son point de vue quant à l'aptitude au travail de celui-ci.

k) Par courrier du 12 janvier 2017, le juge instructeur a informé les parties qu'il n'estimait pas nécessaire, en l'état, d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction et a par conséquent gardé la cause à juger.

E n d r o i t :

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) 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). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 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 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 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) En l'espèce, le recourant présente un tableau clinique caractérisé par des atteintes multiples (aux épaules, aux genoux et à la région cervicale et lombaire) à l'origine de douleurs chroniques qui l'empêchent - cela n'est pas contesté - d'exercer son activité habituelle de plâtrier-peintre.

b) D'après les conclusions de l'expertise judiciaire ordonnée par la Cour de céans, le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire avec possibilité de se dégourdir, sans déplacements au-delà de l'environnement immédiat et sans port de charges répété au-delà de 15 kg).

aa) Il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu de cette expertise. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. supra consid. 3e). Les conclusions rendues par le collège d'experts - dont l'impartialité et l'objectivité ne sont pas remises en cause par le recourant - résultent d'une analyse complète de la situation médicale, tant objective que

subjective, reposant sur une anamnèse complète contenant notamment une description précise et exhaustive des plaintes et du quotidien. Les examens auxquels il a été procédé ont mis en évidence que les douleurs cervico-brachiales et lombaires n'étaient pas associées à un quelconque déficit neurologique (central ou périphérique). Les lésions dégénératives débutantes aux genoux et aux hanches, de même que l'état des épaules, ne justifiaient, à l'heure actuelle, aucune incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Quant aux tests neuropsychologiques, ils n'avaient révélé aucun signe d'une pathologie organique sous-jacente traumatique, l'insuffisance des performances étant liée à une collaboration déficiente avec surcharge et autolimitation dans le cadre d'un effort sub-maximal. Tout au plus présentait-il des lésions méniscales, lesquelles étaient accessibles à un traitement arthroscopique. Aux termes de l'expertise, il apparaissait que les difficultés de mobilisation étaient liées avant tout à l'obésité morbide du recourant, laquelle constituait le principal facteur de renforcement des douleurs squelettiques et articulaires.

bb) Les rapports médicaux produits par le recourant au cours de la procédure ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts judiciaires. Le docteur F. _____ a dressé un tableau rassurant en ce qui concernait la situation du genou droit et renvoyé aux conclusions de l'expertise s'agissant des problèmes du rachis cervical (rapports des 7 et 14 juillet 2016). Sans remettre en cause les constatations cliniques opérées par les experts, le docteur L. _____ leur reproche d'avoir minimisé l'importance des douleurs et les limitations physiques qui en sont la conséquence (rapport du 4 septembre 2016). Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux

prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

cc) Quant à l'obésité, on rappellera qu'elle n'est en soi pas constitutive d'invalidité, celle-ci n'étant admise que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 et TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. également TFA I 583/82 du 17 octobre 1983, *in* RCC 1984 p. 359).

5. a) Force est de constater que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans la mesure où la situation n'a pas notablement évolué depuis la précédente décision rendue le 2 novembre 2011 par l'office intimé, c'est par conséquent à juste titre que celui-ci a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

b) Au surplus, il convient de préciser qu'il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de la présente procédure de la décompensation entraînée par la hernie discale C5-C6 ayant conduit à l'intervention chirurgicale du 17 septembre 2015, puisque, comme cela ressort implicitement de l'expertise judiciaire, celle-ci n'a été que temporaire.

6. Dans la mesure où la situation est demeurée inchangée, le recourant ne saurait prétendre à l'allocation de mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'il a bénéficié au cours de l'examen de sa précédente demande de prestations de mesures qui lui permettraient de réaliser un revenu excluant tout droit à une rente de l'assurance-invalidité.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Le recourant bénéficie également, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courriers du 2 février 2017, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 5 juin 2015 au 2 février 2017. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 19 heures et 35 minutes, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), soit 3'525 fr., à quoi s'ajoutent 250 fr. de débours, ce qui représente un montant total en faveur de Me Carré de 4'077 fr., TVA au taux de 8% par 302 fr. comprise.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23/29 avril 2015 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré est arrêtée à 4'077 fr. (quatre mille septante-sept francs), TVA et débours compris.
- V. E. _____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour E. _____),
- 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 :