

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 septembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Piguet, juge et Oppikofer, juge assesseur  
Greffière : Mme RoCHAT

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à (...), recourant, représenté par le service juridique du syndicat Unia, à Vevey,

et

**Y.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en [...], a déposé en juillet 1999 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Engagé comme ouvrier-chapeur par une entreprise à [...], il s'était retrouvé en arrêt de travail depuis le 26 octobre 1998. Depuis mai 2001, il a été employé comme contremaître à 50%.

Par décision du 28 janvier 2009, l'OAI a refusé une rente au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par arrêt du 17 mai 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

**B.** Dans l'intervalle, une demande de révision a été déposée le 22 décembre 2008.

**C.** Dans le cadre de l'instruction de ces demandes, l'assuré a été examiné le 20 octobre 2010 par le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), qui a rendu son rapport le 18 novembre 2010. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis ainsi que de troubles dégénératifs lombaires avec anomalie transitionnelle lombosacrée et hernie discale L4-L5 gauche (M54.4), de troubles dégénératifs cervicaux étagés actuellement asymptomatiques (M54.2), d'hyperactivité bronchique avec asthme à l'effort sans composante allergiques et sinusite chronique. Les limitations fonctionnelles étaient, pour le rachis, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de travail impliquant le maintien prolongé de la nuque dans des postures extrêmes de flexion, d'inclinaison ou de rotation. Sur le plan respiratoire, il fallait

éviter l'exposition à des irritants respiratoires. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il y avait une incapacité de travail totale dans l'activité de chapeur depuis le 26 octobre 1998, mais une capacité de travail entière dans une activité de contremaître dans une entreprise de chapes du 26 octobre 1998 à mai 2001, qui s'est réduite à 50% dès cette date. Depuis le 8 septembre 2008, l'assuré était en incapacité de travail totale même dans l'activité de contremaître. Cependant l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles requises par la pathologie respiratoire et ostéoarticulaire dès le 26 octobre 1998.

Par avis du 26 novembre 2010, les Drs F. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, ont confirmé qu'en l'absence de déficit neurologique, vu certaines discordances entre les plaintes et les observations cliniques (ce qui correspondait aux observations faites par les neurochirurgiens du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) lorsqu'ils avaient signalé la mauvaise corrélation clinico-radiologique) et vu le comportement par trop démonstratif de l'assuré, avec plusieurs signes de Waddel, il était justifié de maintenir une pleine exigibilité en toute activité adaptée. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : position statique assis/debout/ au-delà de 30 minutes ; soulèvement régulier de charges au-delà de 5 kg ; port régulier de charges au-delà de 12 kg ; porte-à-faux statique prolongé du tronc ; exposition aux vibrations ; maintien prolongé de la nuque dans des positions extrêmes de flexion, inclinaison et rotation ; exposition aux irritants respiratoires.

La comparaison du revenu sans invalidité de 64'297 fr. 35 (56'550 fr. en 1999 indexé en 2008) avec le revenu d'invalidité de 50'982 fr. 05 (4'806 fr. par mois selon TA1 2008 en niveau 4, adapté à 41,6 heures et sous déduction d'un abattement de 15%) laissait apparaître un degré d'invalidité de 20,70%.

Le 11 mars 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une orientation professionnelle. Après avoir suivi des stages dans un atelier

d'intégration professionnelle et une mesure de réentraînement au travail, il a été mis au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel (art. 17 LAI) en février 2012 jusqu'au 31 décembre 2012, sous la forme d'un stage avec formation pratique auprès de la K.\_\_\_\_\_ en qualité de collaborateur de vente. Il a obtenu un contrat de durée indéterminée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour un revenu annuel de 49'400 fr., si bien que l'OAI a considéré que l'assuré avait été reclassé à satisfaction, étant précisé que l'assuré pouvait espérer un gain de 56'420 fr. avec quelques années d'expérience et que son revenu sans atteinte à la santé était de 67'716 fr. 72 (56'550 en 1999 indexé à 2013).

Par décision du 21 octobre 2014, l'OAI a constaté la réussite des mesures professionnelles et observé que la formation suivie par l'assuré lui avait permis d'obtenir de cette activité adaptée un revenu de 56'420 fr. par an, valeur en 2013, alors qu'il percevait un salaire de 67'716 fr. 72 dans son ancienne activité. Le degré d'invalidité insuffisant excluait le droit à une rente.

**D.** Le 26 novembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI à la suite d'une cure de hernie discale L4-L5 opérée le 6 octobre 2015, qui a abouti à une décision de refus d'entrer en matière rendue le 1<sup>er</sup> mars 2016.

Le 7 juin 2016, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, chef de clinique et médecin assistant du service de neurochirurgie du CHUV, ont constaté une bonne évolution clinique et radiologique à trois mois post-cure de hernie discale L4-L5 gauche. L'assuré rapportait ne plus présenter de lombosciatalgies avec reprise de son activité professionnelle à 100% un mois après l'intervention sans recrudescence des douleurs ; il ne prenait plus de traitement antalgique. Ce constat a été confirmé le 7 octobre 2016 à un an de l'opération.

En septembre 2016, l'assuré a été licencié de la K.\_\_\_\_\_, selon l'assuré, après avoir été accusé de vol de marchandises pour avoir

emporté par mégarde un produit qu'il n'avait pas payé. Il s'est ensuite inscrit au chômage et a perçu des indemnités jusqu'en janvier 2018.

**E.** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 19 mars 2018, invoquant une incapacité de travail depuis le 15 janvier 2018 causée par une hernie discale existant depuis 2008, des problèmes à la jambe gauche depuis 1999 et au bas du pied droit, des problèmes respiratoires dus à l'asthme et des douleurs à la colonne vertébrale depuis 1999.

Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a indiqué dans un bref rapport du 27 mars 2018, qui a la même teneur que celui du 12 septembre 2017, que l'assuré souffrait d'une hernie discale, de F33.2 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) et de cervicalgie et que son état psychophysique se détériorait en raison de ses fortes douleurs dorsales. Il a précisé que son patient était en incapacité de travail à 100% et était dans l'impossibilité de retourner dans le monde du travail.

Le cas a été soumis à la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, qui a conclu dans son rapport du 19 juin 2018 que les courts certificats médicaux établis par le Dr D.\_\_\_\_\_ ne présentaient aucun élément médical objectif pour valider une aggravation. L'OAI a donc émis un projet de décision de refus d'entrer en matière le 29 juin 2018.

Selon un rapport du 16 avril 2018, versé au dossier AI le 10 juillet 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a équipé l'assuré avec un appareillage CPAP par pression positive continue en raison d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère. Il a noté que l'assuré avait constaté une nette régression de la dyspnée et de la toux. Après un examen clinique, il a qualifié le bilan fonctionnel pneumologique de normal et a indiqué que l'asthme bronchique de l'assuré lui paraissait bien contrôlé, suspectant toutefois une dysfonction des cordes vocales.

Le 16 juillet 2018, l'assuré a été examiné par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a relevé le côté assez démonstratif de son patient durant l'examen. Ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait encore de lombosciatalgies gauches, mais l'examen neurologique n'était pas trop inquiétant, montrant des troubles sensitifs mal systématisés et peut-être un conflit radiculaire irritatif L5 gauche. Il a recommandé d'envisager une prise en charge conservatrice auprès du CHUV dans le service de neurochirurgie qui l'avait opéré et de faire une réévaluation avant d'envisager une nouvelle intervention chirurgicale.

Dans un rapport du 15 novembre 2018, après avoir relevé que le patient était algique au moindre mouvement et plaintif globalement, le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique de l'Unité de chirurgie spinale du CHUV, a constaté que l'assuré avait une situation compliquée au vu de la chronicité de ses douleurs depuis bien avant 2015, qui ne s'étaient pas améliorées du point de vue des lombosciatalgies dans les jambes, avec des sensations plutôt de type brûlures persistantes, ainsi que des lombalgies à la moindre mobilisation. Il a ajouté que le patient était également suivi pour une dépression relative à la symptomatologie depuis de nombreuses années. Par ailleurs, il avait de multiples plaintes et essentiellement la lombosciatalgie décrite comme clairement de territoire L5 gauche et associée à des douleurs lombaires reproductibles à la moindre palpation ou mobilisation du rachis. De plus, l'imagerie démontrait une corrélation claire avec la lombosciatalgie décrite avec toujours une sténose récessale en L4-L5 gauche entrant en conflit avec la racine L5 gauche, qui pourrait expliquer les symptômes, ou du moins la lombosciatalgie. Etant donné les nombreux « yellow flag » du patient, il était difficile d'organiser une approche opératoire avant d'essayer une attitude conservatrice maximale, raison pour laquelle il lui proposait d'abord de la physiothérapie avec un traitement antalgique et d'éventuelles infiltrations.

Ce même médecin a revu l'assuré le 9 janvier 2019 pour une recrudescence des douleurs principalement décrites comme des brûlures à la face antérieure de la jambe du côté gauche et au dos du pied ainsi que trois orteils. Dans son rapport du 19 février 2019, il a observé la

persistance de la symptomatologie qui ne s'était améliorée que transitoirement par les infiltrations. Il restait prudent quant à un nouveau geste chirurgical et privilégiait une infiltration péri-radiculaire.

Les différents rapports médicaux ont été soumis à la Dre P.\_\_\_\_\_ qui a estimé dans son avis du 27 mai 2019 qu'aucun élément médical objectif nouveau n'en résultait permettant de modifier les conclusions du SMR du 19 juin 2018. Elle a relevé que les rapports du Dr W.\_\_\_\_\_ et du Dr M.\_\_\_\_\_ indiquaient que depuis une cure de hernie discale L4-L5 en 2015 au CHUV, il y avait eu une amélioration transitoire, mais que l'assuré restait gêné par des lombosciatalgies gauches. Le nouveau bilan radiologique (une IRM [imagerie par résonance magnétique] du 12 juin 2018) montrait la persistance d'une sténose récessale en L4-L5 entrant en conflit avec la racine L5 à gauche. Il était proposé d'évaluer la situation ainsi qu'une indication à une nouvelle chirurgie en janvier 2019 après une approche antalgique conservatrice auprès du service d'antalgie du CHUV. Le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 19 février 2019 n'amenait aucun élément médical objectif nouveau pour modifier les conclusions du SMR du 19 juin 2018. En particulier, aucun geste chirurgical n'avait eu lieu pour des lombosciatalgies gauches. Une petite protrusion discale L4-L5 avait été déjà prise en compte lors d'examen rhumatologique au SMR en 2010.

Le rapport du 20 juin 2019 de la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénérologie, a révélé que l'assuré présentait une dermatite aux mains, aux coudes et aux pieds depuis quelques mois et avait été mis sous traitement sans amélioration. L'intéressé souffrait en outre de psoriasis des mains et des pieds pour lequel il suivait un traitement. Sur cette base, dans son avis du 30 juillet 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_ a admis les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le contact cutané prolongé avec les produits irritants et éviter le travail prolongé avec les mains dans l'eau. Elle a ajouté que ces limitations ne modifiaient cependant pas la capacité de travail dans une activité adaptée, qui restait à 100%.

Le 7 octobre 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ a constaté une évolution stable sans amélioration sur le plan des symptômes connus. La nouvelle imagerie montrait une compression au niveau L4-L5 récessale et préforaminale gauche sur herniation discale qui entraînait en conflit avec la racine L5 gauche. Dans ce contexte, il a été discuté avec le patient d'effectuer un nouveau geste de décompression simple à ce niveau-là mais l'intéressé y était très réticent.

Dans un rapport du 19 décembre 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré était suivi de longue date conjointement avec le service d'antalgie pour une lombosciatalgie L5 gauche résiduelle faisant suite à une intervention d'une hernie discale L4-L5 gauche en 2015. La douleur n'avait pu être améliorée que de manière transitoire avec, par la suite, une recrudescence de douleur et brûlure dans la jambe gauche dans un territoire L5. Malgré le traitement antalgique et infiltratif bien conduit, il ne constatait pas d'amélioration. Le patient décrivait actuellement une exacerbation de douleur lombaire, toujours de façon très démonstrative, et la persistance de la lombosciatalgie L5 gauche. Le Dr W.\_\_\_\_\_ lui a redit qu'un geste de décompression pouvait être envisagé pour améliorer la lombosciatalgie gauche mais sans garantie au vu de la composante chronique et probablement fonctionnelle dans une certaine mesure. L'assuré est resté sur sa position de refus.

Dans un rapport du 17 janvier 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de F43.21 (troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée), précisant que son état de santé psychique fluctuait selon les événements stressants, plus particulièrement ses douleurs et sa problématique de dermatose de ses deux mains. Sa capacité de travail était entière en dehors de ces événements stressants qui le rendaient vulnérables.

Le 24 février 2020, la Dre V.\_\_\_\_\_, médecin assistante de la [...], a rappelé que l'assuré présentait depuis 2016 des plaques prurigineuses au niveau des jambes et depuis 2019 des lésions similaires au niveau des mains. Elle a constaté une péjoration de l'atteinte avec

extension au niveau des poignets ce qui avait motivé une biopsie et justifié l'adaptation de son traitement.

Dans son avis du 17 mai 2020, la Dre P.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'existait pas d'atteinte invalidante sur le plan psychiatrique et que sur le plan somatique dermatologique, les limitations fonctionnelles avaient pu être déterminées sur la base du rapport de la Dre X.\_\_\_\_\_ de juin 2019. Elle a en revanche constaté que les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas d'établir clairement l'évolution de l'état de santé sur le plan rhumatologique depuis 2013, puis depuis la chirurgie lombaire de 2015 et depuis janvier 2018. Elle a donc suggéré de mettre en œuvre une expertise rhumatologique.

Le 26 juin 2020, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré s'était bien habitué au traitement par pression positive continue en raison d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère. Le bilan fonctionnel pneumologique suggérait l'apparition d'un trouble ventilatoire obstructif de degré léger. Il confirmait la présence d'un asthme bronchique insuffisamment contrôlé et préconisait un traitement de Vannair 200/6.

Une expertise rhumatologique a été confiée à la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui a rendu son rapport le 16 juillet 2020. Elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, en précisant qu'aucun n'était actuellement décompensé, de :

- status après ablation de hernie discale L4-L5 gauche avec héli-laminectomie inférieure L4 (6.10.2015),
- canal lombaire étroit de grade B, L3-L4 sur bombement discal diffus ; hernie discale avec extension médiane/paramédiane droite migrée vers le bas sans rétrécissement du canal central ; majoration de la hernie discale L4-L5 médiane (sans rétrécissement canalaire central significatif ; pas d'anomalie des racines des deux côtés ; pas de rétrécissement foraminal à tous les niveaux) (22.05.2019).

Elle a en outre retenu le diagnostic de cervicalgies au décours présentes en 2000 et de manière épisodique sur discopathie C5-C6 avec possible conflit anamnestique avec la racine C6 gauche, sans effet sur la capacité de travail. Elle a ajouté d'autres diagnostics qui engendraient des limitations dans leur propre domaine :

- d'un point de vue pulmonaire : asthme non professionnel, hyperactivité bronchique au décours sans composante allergique en forte régression ; status après polypose nasale et septoplastie et méatotomie moyenne bilatérale et athmoïdectomie en 1999.
- hypertension artérielle traitée (2002).
- syndrome d'apnées obstructives du sommeil traité par CPAP en continu depuis le 8 février 2018.
- perforation tympanique gauche (2017).
- eczéma ou psoriasis eczématisé des mains, des chevilles et du coude gauche traités de manière continue avec limitations fonctionnelles, soit le contact avec l'eau, des produits détergents, nécessité de travailler avec des gants.

L'experte a reconnu une capacité de travail entière dans l'activité de collaborateur de vente telle qu'exercée à la K. \_\_\_\_\_ ou ailleurs persistant au-delà d'octobre 2016, étant précisé qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail avant le licenciement intervenu en septembre 2016. Outre les restrictions engendrées par l'eczéma des mains, elle a rappelé que les limitations fonctionnelles consistaient à éviter le porte-à-faux du buste de manière prolongée, les mouvements de rotation du buste et de flexion/extension de celui-ci de manière répétitive, le travail en hauteur, le port de charges au-delà de 6-8 kg. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas de limite pour la marche ni pour la station assise mais qu'une alternance de ces deux positions était préférable.

Dans son avis du 10 août 2020, la Dre P. \_\_\_\_\_ a rappelé que depuis 2013 la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% avec des limitations fonctionnelles pour le rachis cervical, lombaire et

hyperréactivité bronchique. Elle a constaté que l'instruction du dossier n'avait pas relevé de nouvelles limitations avec un impact sur la capacité de travail depuis 2013. La chirurgie rachidienne du 6 octobre 2015 n'avait généré aucune incapacité de travail durable. Elle a relevé des restrictions en raison de psoriasis et dermatite depuis le début de 2019 : éviter le contact cutané prolongé avec les produits irritants et éviter le travail prolongé avec les mains dans l'eau. Cependant, elle a estimé que ces limitations fonctionnelles étaient sans impact sur la capacité de travail dans l'activité exercée précédemment. Elle a noté l'absence de limitations dues au syndrome d'apnée du sommeil appareillée, ainsi que dans l'axe psychiatrique. Elle a conclu que la capacité de travail de l'assuré dans sa dernière activité de collaborateur de vente, qui était adaptée, restait de 100% depuis 2013.

Par projet de décision du 12 août 2020 annulant et remplaçant celui du 29 juin 2018, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assuré au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision (du 21 octobre 2014).

Par bref courrier du 27 août 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ s'y est opposé au nom de l'assuré en indiquant que son état de santé était toujours d'actualité et ne montrait aucune amélioration, ajoutant que l'assuré tombait dans une dépression en raison de son psoriasis généralisé et de la hernie discale L4-L5. Cette contestation a été complétée le 8 septembre 2020 par l'assuré qui a invoqué que son état ne s'améliorait pas et avait tendance à empirer, faisant référence en particulier au psoriasis.

Par rapport du 7 octobre 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a apporté les précisions suivantes :

« 1. Vu les graves problèmes liés au niveau de la colonne lombaire ;  
Hernie discale L2-L3, L3-L4 et majoration de la hernie discale L4-L5 (voir document en annexe).

2. Les problèmes majeurs sont liés aux manifestations cutanées du psoriasis associées aux spondylarthropathies avec atteinte articulaire axiale associée à l'arthrite psoriasique généralisée.

Notons les manifestations suivantes :

a) Sacro-iléite

b) Atteinte articulaire périphérique, qui atteint les yeux et le cœur (palpitations).

c) Eruption cutanée sur le corps entier, douleurs articulaires, fatigue,

d) Entérite-inflammation tendon divers.

Malgré différents traitements, la situation est inchangée.

3. Vu la situation insupportable. Le patient après une longue période d'instabilité d'humeur a plongé dans une dépression sévère (F32 / accompagné par une insomnie, des idées noires, c'est pour cette raison que je l'adresse chez le Dr [...], psychiatre à [...]).

4. Vu l'ensemble des circonstances et la situation catastrophique dans laquelle il se trouve. Je suis persuadé qu'il doit avoir une rente AI à 100%. Car il est inapte à travailler à 100% dans toutes les activités. »

Les annexes produites sont les divers rapports émis par les médecins du service de neurochirurgie du CHUV avant et après la cure de hernie discale du 5 octobre 2015, notamment celui du 7 octobre 2016 par la Dre S.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du service de neurochirurgie du CHUV, qui constatait la bonne évolution un an après la cure de hernie discale, en particulier la disparition des lombosciatalgies et la reprise de l'activité professionnelle à 100% sans recrudescence des douleurs.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ et la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin adjoint et médecin assistante du service de dermatologie et vénéréologie du CHUV, ont dressé un rapport le 6 octobre 2020 dont il ressort que l'assuré est suivi par leur service depuis le 28 octobre 2019 en raison d'une dermatite chronique des mains. Il est précisé qu'un eczéma chronique des mains est apparu en 2016, d'évolution fluctuante, avec une récurrence depuis octobre 2019. Puis il est constaté la présence de papulonodules érythémateux et squameux aux poignets et le dos des mains des deux côtés avec xérose fissuraire, une discrète hyperkératose palmaire sans lésion inflammatoire et une plaque érythémato-squameuse excoriée avec bords émiettés couvrant la face latérale du mollet droit. Dès lors que, malgré les traitements suivis, la situation restait stagnante, voire en aggravation,

avec persistance des lésions prurigineuses au niveau des poignets, des mollets et des nouvelles plaques apparaissant au niveau fessier gauche, le traitement a été modifié.

Le 19 octobre 2020, la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a certifié que l'assuré était suivi au [...] depuis le 25 avril 2018. Elle a noté une chronicisation de la dépression avec émergence d'autres maladies physiques telle qu'une dermatite aux quatre membres pour laquelle l'assuré est suivi au CHUV. L'intéressé présentait une persistance de son trouble de l'humeur avec des idées négatives et perception d'un avenir professionnel bouché, des difficultés de retrouver un sommeil réparateur à la recherche d'une position antalgique en rapport avec sa lombosciatalgie et il s'ensuivait une fatigue permanente. Il est ajouté que le patient était au bénéfice de l'aide sociale dans le contexte d'une situation familiale difficile.

Dans un rapport du 11 novembre 2020, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué que son service avait suivi l'assuré pour un eczéma chronique, touchant principalement le dos des mains, d'origine mixte atopique et irritative. Il n'avait pas décelé de piste nette pour une dermite de contact surajoutée, sans qu'il ne puisse l'exclure. Un psoriasis restait également dans le diagnostic différentiel. Il a relevé que l'atteinte des mains était affichante et contre-indiquait une occupation dans les soins ou l'alimentation par exemple, car ces activités nécessitaient une hygiène des mains qui était rendue difficile par l'atteinte cutanée et aussi par le fait que cette hygiène allait faire décompenser sa maladie cutanée. Une autre activité était possible.

Dans un avis du 15 février 2021, la Dre P.\_\_\_\_\_ a constaté que les rapports médicaux déposés récemment par le Dr D.\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'élément médical objectif nouveau, celui de la Dre Q.\_\_\_\_\_ n'attestait pas d'une incapacité de travail et celui du Dr R.\_\_\_\_\_ n'annonçait pas de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte. Les conclusions du SMR du 10 août 2020 étaient maintenues.

Par décision du 16 février 2021, l'OAI a refusé toute rente à l'assuré faute d'aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision.

**F.** Par acte du 11 mars 2021, B.\_\_\_\_\_, représenté par Unia, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation (recte : sa réforme) en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il fait valoir une péjoration de son état de santé qui se traduit par une recrudescence de douleurs dans la jambe gauche, une dépression sévère, un asthme bronchique insuffisamment contrôlé, un psoriasis généralisé et une augmentation des lombosciatalgies résultant de sa hernie discale. Il soutient que sa capacité de travail est nulle en toute activité et que même s'il existait une capacité résiduelle en dehors des chantiers, de la santé et de la restauration, il faudrait une reconversion professionnelle. Or, compte tenu de son âge, de l'absence de formation et de ses limitations fonctionnelles, il serait illusoire d'exiger de lui la reprise d'une activité dans le marché équilibré du travail. Il estime que le simple diagnostic posé de dépression sévère induit une incapacité de travail et qu'il appartenait à l'OAI d'instruire sur ce point. Si l'OAI considérait que les avis des médecins étaient insuffisamment clairs et précis, il devait ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans ses déterminations du 12 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'analyse médicale du SMR du 15 février 2021 et à son courrier du 16 février 2021. Il a ajouté que le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail.

### **En droit :**

**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.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir s'il existe une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son invalidité depuis la décision du 21 octobre 2014.

**3.** **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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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). 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). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'activité de l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni 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, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice

pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

**5.**                   **a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impuissance ou parce

que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

**b)** Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et 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 entrée en force 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 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des

prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**6.** En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée par le recourant et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi ce dernier. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 21 octobre 2014 et la décision litigieuse du 16 février 2021, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

**a)** Dans le cadre de l'examen de la précédente demande du recourant, l'OAI s'est fondé essentiellement sur l'examen clinique rhumatologique réalisé le 20 octobre 2010 par le Dr T. \_\_\_\_\_ qui a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis ainsi que de troubles dégénératifs lombaires avec anomalie transitionnelle lombosacrée et hernie discale L4-L5 gauche (M54.4), de troubles dégénératifs cervicaux étagés actuellement asymptomatiques (M54.2), d'hyperactivité bronchique avec asthme à l'effort sans composante allergiques et sinusite chronique. Son rapport du 18 novembre 2010 fait état, à titre de limitations fonctionnelles pour le rachis, de la nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, de l'absence de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, d'exposition à des vibrations et de travail impliquant le maintien prolongé de la nuque dans des postures extrêmes de flexion, d'inclinaison ou de rotation. Sur le plan respiratoire, l'exposition à des irritants respiratoires était à proscrire. Dans ce contexte, il a estimé qu'à condition de respecter les limitations fonctionnelles précitées, il n'existait pas de restrictions à ce que l'intéressé exerce une activité adaptée dès le 26 octobre 1998.

Afin d'évaluer de manière concrète la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, celui-ci a effectué des stages pratiques, notamment chez K.\_\_\_\_\_ en qualité de collaborateur de vente de février à décembre 2012. Au terme de ce stage, il a été constaté que le recourant exerçait cette activité à satisfaction de l'employeur et de l'employé, sans problème particulier, de sorte qu'il a été engagé à plein temps à ce titre par contrat de durée indéterminée par la K.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Sur cette base, l'OAI a considéré dans sa décision du 21 octobre 2014 que l'assuré avait été reclassé professionnellement à satisfaction dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui lui permettait de percevoir un gain de 56'420 fr. par an. Compte tenu de son salaire de 67'716 fr. 72 dans son ancienne activité, le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Faute de recours dans le délai imparti, cette décision est entrée en force. Elle est définitive.

**b)** Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations déposée le 19 mars 2018, l'intimé s'est fondé principalement sur les avis du 10 août 2020 et du 15 février 2021 de la Dre P.\_\_\_\_\_ du SMR qui faisaient suite aux avis médicaux des médecins traitants et de l'experte rhumatologue.

Les rapports du SMR du 10 août 2020 et 15 février 2021 constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les

tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 ; 9C\_542/2011).

**aa)** Sur le plan rhumatologique, la Dre P.\_\_\_\_\_ a relevé que les Drs W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ avaient constaté qu'après une amélioration transitoire après la cure de hernie discale de 2015, l'assuré restait gêné par des lombosciatalgies gauches. Le nouveau bilan radiologique (IRM du 12 juin 2018) montrait la persistance d'une sténose récessale en L4-L5 entrant en conflit avec la racine L5 à gauche. Le Dr [...] indiquait que l'examen neurologique n'était pas trop inquiétant, montrant des troubles sensitifs mal systématisés. Il n'y avait pas d'indication à une nouvelle chirurgie. Ces avis médicaux avaient été examinés par l'experte rhumatologue.

La Dre P.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions de la Dre E.\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport d'expertise du 16 juillet 2020, ne constatait pas d'aggravation de l'état de santé depuis 2013 ; il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles pour le rachis et l'assuré restait capable d'exercer son activité telle que pratiquée jusqu'en octobre 2016.

La Dre E.\_\_\_\_\_ a décrit à l'examen clinique que l'assuré bénéficiait d'une trophicité musculaire et marchait avec une légère claudication, mais qu'observé à son insu dans la rue, il marchait à grandes enjambées rapides. Le recourant était un peu démonstratif lorsqu'il s'agissait de mesurer le Schober, il mettait les mains sur les cuisses pour se redresser et gémissait également lorsqu'on le plaçait en extension et lorsque l'on testait l'extension couplée à la rotation. La Dre E.\_\_\_\_\_ a noté que les douleurs exprimées n'étaient pas dans le bon secteur où on les attendait. En position assise, le signe de Lasègue était négatif, de même qu'en position de décubitus dorsal ; au départ en flexion de hanche

gauche, l'assuré déclarait une douleur sur la crête iliaque postéro-latérale, alors qu'à la palpation, l'experte ne retrouvait aucune douleur. En position de décubitus ventral, en détournant son attention, l'experte ne trouvait aucune contracture paravertébrale au niveau dorsal ni au niveau lombaire, et en particulier au niveau des carrés des lombes. Elle ne retrouvait pas non plus de contractures dans les masses fessières. Il n'y avait pas de douleur rétro-trochantérienne à l'insertion du moyen fessier et du muscle pyramidal, ni de douleur à la mobilisation de hanche. Le Schober était mesuré à 10-14 cm à plusieurs reprises et était effectivement limité. La distance doigt-sol était d'environ 30 cm, étant précisé qu'auparavant il était de 10-16 cm pour le Schober lombaire. La Dre E.\_\_\_\_\_ a constaté qu'il y avait relativement peu de signe objectif correspondant aux plaintes formulées, mise à part cette restriction de Schober lombaire qui devait être prise en considération ; il n'y avait pas de signe de décompensation d'une lombalgie.

Sur le plan neurologique, la Dre E.\_\_\_\_\_ a fait état, au niveau du membre inférieur gauche, d'une discrète diminution de volume de 0,5 cm environ pour la cuisse et le mollet, ce qui n'était pas significatif pour mettre en évidence la réalité d'une claudication permanente avec report du poids du corps sur le côté droit. Le signe de Lasègue était négatif donc il n'y avait pas d'irritation radiculaire et la palpation des points de Valleix, que ce fut pour la racine S1 ou la racine L5, était de plus négative. Il n'y avait pas de diminution de sensibilité, d'hyperpathie au frôlement du pied gauche. L'experte en a conclu que l'exposé des plaintes concernant les lombalgies et les sciatalgies gauches n'était pas confirmé par l'examen clinique. Elle a admis que sur le rapport de la dernière IRM et sur les images, on notait quelques progressions des discopathies notamment L3-L4 à droite, mais il n'y avait aucun symptôme à droite au niveau crural ; au niveau L4-L5 à gauche, la protrusion était plutôt centrale que paramédiane gauche, sans irritation L5 gauche mise en évidence.

En définitive, la Dre E.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré avait connu des périodes d'exacerbations algiques qu'il était possible de repérer par observation de l'historique pharmaceutique (achat d'antalgiques). En

2019, il avait connu une grande période durant laquelle il n'avait pas pris de médication antalgique. Il n'avait pas connu d'arrêt de travail après le 6 octobre 2015, hormis pendant la période post-opératoire de 2 mois. Il n'y avait pas eu d'interruption de son activité professionnelle de collaborateur de vente. Il avait ensuite cessé son activité professionnelle parce qu'il avait été licencié pour des motifs autres que médicaux. Pendant sa période de chômage entre octobre 2016 et janvier 2018, il n'y avait pas eu d'arrêt de travail médicalement certifié.

S'agissant de la cohérence, la Dre E. \_\_\_\_\_ a noté que le recourant était dans une position d'exagération lorsqu'il décrivait la présence d'une lombalgie alors qu'il se retournait facilement sur la table d'examen, se penchait facilement pour se rhabiller, qu'il marchait à grandes enjambées dans la rue. Il y avait donc une incohérence entre les plaintes exprimées et les données de l'examen objectif et les données d'observation.

La Dre E. \_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles pour le rachis, soit d'éviter le porte-à-faux du buste de manière prolongée, les mouvements de rotation du buste et de flexion/extension de celui-ci de manière répétitive, le travail en hauteur, le port de charges au-delà de 6-8 kg, ajoutant qu'il n'y avait pas de limite pour la marche et la station assise, mais que l'alternance de ces deux positions était préférable. Il fallait en outre tenir compte de la problématique de l'eczéma des mains. La Dre E. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait montré qu'il était apte à s'adapter facilement à différentes circonstances, avait pris des initiatives adéquates et avait eu une bonne capacité d'adaptation au nouvel environnement de travail ; il avait démontré qu'il pouvait à nouveau possiblement s'adapter à un nouvel emploi. Il était capable d'exercer une activité telle que celle pratiquée en qualité de collaborateur de vente dans un grand magasin ; aucun examen clinique n'étayait une réelle aggravation de son état. Elle a observé que le service de neurochirurgie du CHUV n'avait jamais démontré une palpation douloureuse des points de Valleix et ainsi prouvé une sciatalgie. Le Dr W. \_\_\_\_\_ n'avait pas fait de

description détaillée clinique mais se contentait de retranscrire les plaintes de l'assuré. La Dre E. \_\_\_\_\_ a en outre trouvé curieux que le recourant se soit plaint d'une décompensation de lombosciatalgies justement lorsqu'il était en fin de droit de chômage, soit en février 2018.

On relève que la Dre E. \_\_\_\_\_ a procédé à une anamnèse complète, reprenant les nombreux rapports médicaux, a détaillé les périodes d'incapacité de travail résultant des pièces au dossier, décrit avec minutie le profil de l'activité de collaborateur de vente ainsi que le déroulement représentatif d'une journée type du recourant, pris en compte les plaintes de l'intéressé, examiné ses ressources et ses limitations fonctionnelles, effectué un examen clinique, émis des constatations circonstanciées et motivé ses conclusions. Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les autres rapports médicaux au dossier ne sont pas de nature à jeter un sérieux doute sur la teneur du rapport d'expertise. On relève en particulier que les rapports des Drs W. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité de travail et sont peu documentés ; ils constatent tous deux le côté démonstratif et plaintif du recourant, tout en rapportant le contenu de ses plaintes. On constate que, dans l'année qui a suivi la cure de hernie discale, les médecins du service de neurochirurgie du CHUV avait noté une bonne évolution clinique et radiologique et que l'assuré avait rapporté qu'il ne présentait plus de lombosciatalgies, qu'il avait pu reprendre son activité professionnelle sans recrudescence des douleurs. Par la suite, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail jusqu'à la fin du droit au chômage, lorsque les douleurs sont réapparues. La Dre E. \_\_\_\_\_ a relevé des incohérences entre les plaintes et les examens cliniques. Les rapports du Dr D. \_\_\_\_\_, au demeurant sommaires, ne tiennent absolument pas compte de tous ces aspects, se contentant de rapporter les plaintes de son patient ; on n'y trouve aucune évaluation objective de la capacité de travail de l'assuré. L'incapacité de travail totale en toute activité alléguée par le Dr D. \_\_\_\_\_ n'est même pas corroborée par les activités quotidiennes du recourant qui fait des courses, marche en forêt et fait du jardinage.

Ainsi, sur le plan rhumatologique, il y a lieu de s'en tenir aux conclusions de la Dre E.\_\_\_\_\_.

**bb)** Sur le plan somatique, la Dre P.\_\_\_\_\_ a pris en considération les limitations fonctionnelles au niveau dermatologique telles que décrites par la Dre X.\_\_\_\_\_, à savoir éviter le contact cutané avec les produits irritants et le travail prolongé avec les mains dans l'eau, et a constaté que celles-ci n'affectaient pas la capacité de travail du recourant. La Dre V.\_\_\_\_\_ a observé en février 2020 une péjoration de l'atteinte avec extension au niveau des poignets, sans que cela n'engendre toutefois de nouvelles limitations fonctionnelles. En novembre 2020, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'atteinte des mains contre-indiquait une occupation dans les soins ou l'alimentation car ces activités nécessitaient une hygiène des mains qui était rendue difficile par l'atteinte cutanée et qui risquait de décompenser l'atteinte cutanée. Les atteintes sur le plan dermatologique ont ainsi dûment été prises en compte et, s'il est constant qu'elles restreignent la capacité de travail du recourant dans le milieu de la santé ou de la restauration, elles sont sans effet sur l'activité de collaborateur de vente exercée par le recourant ou toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Sur le plan pneumologique, en particulier pour ce qui concerne le syndrome d'apnée du sommeil, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était équipé d'un appareillage qui avait pu démontrer son efficacité. L'asthme bronchique sous contrôle en 2018 paraissait insuffisamment contrôlé en 2020, ce qui avait justifié une adaptation du traitement. Le bilan fonctionnel pneumologique suggérait l'apparition d'un trouble ventilatoire obstructif léger. Il n'est en revanche nullement attesté que ces atteintes seraient invalidantes et causeraient des limitations fonctionnelles, comme l'a très justement retenu la Dre P.\_\_\_\_\_.

**cc)** S'agissant de l'axe psychiatrique, la Dre P.\_\_\_\_\_ rappelle que les Drs J.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu d'atteinte durablement invalidante ni de limitations fonctionnelles. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de

trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21). Il a constaté en janvier 2020 que la capacité de travail était entière en dehors des événements stressants qui le rendaient vulnérables. En octobre 2020, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a noté une chronicisation de la dépression, ajoutant que le trouble de l'humeur persistait avec des idées négatives et une perception d'un avenir professionnel bouché, des difficultés à trouver un sommeil réparateur à la recherche d'une position antalgique en rapport avec sa lombosciatalgie, ce qui induisait une fatigue permanente ; elle a ajouté que le recourant vivait au bénéfice de l'aide sociale dans un contexte familial difficile. Dans ce nouveau rapport, sommaire, elle ne fait état d'aucune incapacité de travail et n'indique pas de limitations fonctionnelles. L'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, posant le diagnostic de dépression sévère (F33.2), n'est pas déterminant dès lors qu'il n'est pas motivé et qu'il ne correspond en outre pas à l'avis du médecin spécialiste traitant.

Au vu de ce qui précède, la Dre P. \_\_\_\_\_ pouvait retenir à juste titre l'absence d'atteinte durablement invalidante sur le plan psychiatrique. Dès lors que le recourant était suivi par un médecin psychiatre qui savait qu'une demande de prestations AI était en cours et qui avait d'ailleurs déposé des rapports médicaux dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI n'avait pas à procéder à de plus amples investigations sur ce plan.

**c)** Ainsi, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions de la Dre P. \_\_\_\_\_. De surcroît, l'appréciation du médecin du SMR est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre leur bienfondé.

**d)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation du recourant en 2021 reste essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 21 octobre 2014. Si de nouvelles limitations

fonctionnelles sont apparues sur le plan dermatologique, elles n'entraînent pas d'incapacité de travail dans l'activité de collaborateur de vente. Aucune reconversion professionnelle n'est ainsi nécessaire. En l'absence d'évolution notable de l'état de santé du recourant, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté cette nouvelle demande de prestations AI de l'intéressé.

**7. a)** En définitive, 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 (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**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 16 février 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 B.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Syndicat (...) (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

La greffière :