

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Piguët et Wiedler, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA et 87 al. 1 et 2 RAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 19 juin 19[...], exerçait le métier d'électricien dans son pays d'origine, la [...]. Il réside en Suisse depuis le mois d'octobre 2012. N'ayant pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée, il a bénéficié du soutien des services sociaux.

Depuis le mois d'avril 2018, l'assuré a suivi un stage d'insertion dans le domaine du nettoyage auprès de l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). Le 13 septembre 2018, E._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée) un formulaire de détection précoce en raison de douleurs au dos et d'allergie à certains produits de nettoyage. Le 11 octobre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 12 novembre 2018 faisant suite à une IRM du 9 novembre 2018, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a retenu une discopathie dégénérative étagée de L2 à S1, débutante de L2 à L4, plus marquée de L4 à S1. Ce médecin faisait également état des éléments suivants :

« En L4-L5, on notait une petite hernie sous-ligamentaire paramédiane droite refoulement postérieurement la racine L5 droite. En L5-S1, on note une petite hernie médiane, paramédiane droite rehaussée après injection intraveineuse de produit de contraste, au contact de la racine S1 droite.

Les trous de conjugaison sont rétrécis de L4 à S1, à prédominance droite. Rehaussement articulaire postérieur de L4 à S1, prédominant en L4-L5 à gauche.

Par rapport au précédent rapport à disposition d'une IRM de la colonne lombaire datant du 29.01.2015 réalisée au CIM, le status du jour semble relativement comparable ».

Par rapport du 12 novembre 2018, le Dr Y._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a constaté chez l'assuré des lombosciatalgies droites dues à une discopathie sévère protrusive étagée,

compliquée d'une hernie L4-L5 droite et une hernie L5-S1 droite luxée en conflit avec la racine S1. Son état actuel était incompatible avec un travail à 100% dans le domaine du nettoyage, exigible à hauteur de 50% dans ce même domaine. Le 21 janvier 2019, ce médecin a complété un rapport à l'attention de l'OAI. Il a retenu les diagnostics de discarthrose, de discopathie herniaire L4-L5-S1 et de séquelles de Scheuermann. Le Dr Y._____ estimait que l'assuré était capable de travailler à 50% dans une activité sans escaliers et avec alternance des positions debout/assis. La capacité de travail pouvait s'améliorer avec de la physiothérapie.

Le 1^{er} avril 2019, E._____ a été engagé par le biais d'un contrat de durée déterminée par la Fondation [...][...], un établissement médico-social, en qualité d'aide de ménage à 50%. Ce premier contrat a débouché sur un engagement de durée indéterminée dès le 1^{er} février 2020.

Sur recommandation de son Service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a reconnu la nécessité d'un examen rhumatologique réalisé le 26 février 2020 par le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie. Le rapport correspondant du 11 mars 2020 a fait état du diagnostic de lombosciatalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte d'hernie discale L4-L5 et protrusion L5-S1 avec répercussion durable sur la capacité de travail. Il mentionnait également une composante de pied creux bilatéralement. Les lombosciatalgies entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charge répété au-delà de dix kilos (charges légères), pas de position debout ou assise prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà de deux kilomètres. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de ménage se trouvait ainsi restreinte à 50%. Elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées depuis le 9 novembre 2018. A l'appui de ses conclusions, le Dr R._____ exposait les éléments suivants :

" Nous considérons que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis novembre 2018 ; il n'y a pas d'importante amélioration ni de péjoration au niveau clinique. L'assuré a répondu partiellement au traitement conservateur. Il n'a pas été retenu d'indication opératoire, l'assuré ne présentant pas de sciatalgie hyperalgique et ne présentant pas de déficit neurologique.

Nous retenons la persistance d'une IT de 50 % dans l'activité habituelle d'aide de ménage. C'est également ce que retient le Dr Y._____ dans son rapport AI du 21.01.2019 et le Dr X de Polyclinique PMC [...], qui a rempli le rapport du 29.08.2019 (vraisemblablement le Dr A._____).

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, respectant des LF d'épargne du rachis lombaire, nous retenons une exigibilité complète depuis le début de l'IT durable. Les MT de l'assuré, le Dr A._____ et le Dr Y._____, n'ont jamais attesté d'ITT, l'assuré n'ayant pas présenté de lombosciatalgies hyperalgiques ou déficitaires.

Nous avons vu que les douleurs de l'assuré sont d'allure mécanique. Par ailleurs, nous n'avons pas d'explication pour l'irradiation ressentie au MIG, les discopathies en L4-L5 et L5-S1 sont présentes à D. A notre avis c'est la discopathie L4-L5 qui est la plus importante qui est susceptible d'irriter la racine L5. Nous avons vu que l'assuré conserve des ressources physiques pour des tâches physiquement légères, nous avons vu qu'il n'a pas de sciatalgie irritative, pas de déficit neurologique ; nous retenons un syndrome rachidien léger.

L'activité actuelle d'aide de ménage dans un EMS est partiellement adaptée aux LF retenues d'épargne du rachis lombaire, l'assuré réalise notamment des travaux en zone basse, des mouvements de flexion-extension du tronc répétés lors du nettoyage, il est par ailleurs en station debout prolongée. Le port de charges est léger par contre dans son activité.

Dans une activité respectant complètement les LF d'épargne du rachis lombaire, nous retenons une exigibilité complète. Le Dr A._____ ou le Dr Y._____ ne se prononce pas sur la CT dans une activité adaptée."

Le 28 mai 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée le 11 octobre 2018 par l'assuré et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que de mesures professionnelles. Pour l'office, une capacité de travail de 50% subsistait dans son activité habituelle d'aide de ménage. Elle était entière dans une activité adaptée à son état de santé. La comparaison des revenus avec invalidité (basé sur les salaires statistiques) et sans invalidité ne mettait en évidence aucun préjudice économique. Cette décision est entrée en force, en l'absence de recours subséquent.

B. Le 12 février 2021, un nouveau bilan radiologique a été effectué par le Dr K._____. Ce médecin a signalé, en comparaison avec le précédent examen du 9 novembre 2018, l'apparition d'une déchirure de l'anneau fibreux péri-discal en L4-L5 et une progression de la hernie L5-S1, respectivement au contact de l'émergence de la racine L5 droite et de l'émergence de la racine S1 droite.

Le 19 février 2021, l'assuré a bénéficié d'infiltrations articulaires postérieures L5-S1 des deux côtés, bien tolérées.

Le 2 mars 2021, l'assuré a envoyé à l'OAI un rapport médical du même jour, établi par le Dr A._____, spécialiste en médecine générale. Ce médecin a évoqué l'apparition de déchirures en L4 et L5 ainsi qu'une progression de la hernie L5-S1. Cela se traduisait par des douleurs intenses pendant le travail, raison pour laquelle il avait placé l'assuré en arrêt maladie à 50% pour une durée indéterminée, en attente d'une évolution favorable de la situation. L'assuré a également transmis une attestation médicale du 27 février 2021 établie par le Dr Y._____. Ce dernier a estimé que l'assuré présentait une affection douloureuse chronique dorsolombaire qui avait sévèrement mal évolué selon les derniers examens, de sorte que sa capacité de travail était désormais limitée à 50%.

Le 10 mars 2021, E._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par rapport du 8 avril 2021, le Dr S._____, spécialiste en allergologie et immunologie, a relaté un asthme d'ordre irritatif, provoqué par les produits de nettoyage. Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue, dans la mesure où, dans le cadre de son activité de technicien de surface, l'assuré n'était pas exposé au produit irritant Weitaclean E8.

Par rapport du 12 avril 2021, le Dr Y._____ a retenu les diagnostics de discopathie étagée progressivement conflictuelle L4-L5-S1 et herniaire ainsi qu'une hypolordose. Il relevait également une scoliose,

un dénivellement de la hanche gauche ainsi qu'une douleur de bursite de la hanche droite. Ce status entraînait des douleurs permanentes, invalidantes, devenant également nocturnes en l'absence de médication. Pour le Dr Y._____, la capacité de travail de l'assuré était de 50% (4 heures/jour), également dans une activité adaptée à son état de santé. Les limitations fonctionnelles consistaient en la nécessité d'alterner les positions debout et assis, de ne pas emprunter d'escaliers ni d'échelles et d'éviter les poids de plus d'un kilo. Tous les gestes effectués étaient douloureux et l'assuré avait dû abandonner ses activités extra-professionnelles. Il arrivait encore à travailler moyennant l'augmentation des médicaments et la poursuite de la physiothérapie.

Dans un rapport du 13 avril 2021, le Dr A._____ a fait état d'une hernie discale L4-L5, et L5-S1, d'asthme irritatif exacerbé au travail ainsi que d'hypertension artérielle. Il retenait une incapacité de travail de 50% dans toute activité, habituelle comme adaptée aux limitations fonctionnelles.

A l'occasion d'un compte-rendu établi le 25 mai 2021, la permanence du SMR, sous la supervision de la Dre W._____, a constaté sur le plan orthopédique une aggravation selon l'IRM du 12 février 2021 sans signe de péjoration clinique cependant, hormis l'augmentation des douleurs. Quant aux limitations fonctionnelles, elles demeuraient identiques sur le plan rachidien. Seule s'ajoutait, sur le plan allergologique, l'exposition au produit Eroline. Compte tenu de ces éléments, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré était dorénavant nulle mais restait entièrement préservée dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 11 juin 2021, l'OAI a indiqué à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations retenant que sa capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 100%. E._____ s'y est opposé le 25 juin 2021, estimant ne pas pouvoir travailler à plus de 50%.

Une IRM du genou droit a été effectuée le 21 juillet 2021. Dans un rapport du même jour, le Dr U._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des modifications dégénératives modérées au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, avec des foyers de chondropathie au niveau du condyle fémoral interne et un foyer d'œdème marqué dans l'os spongieux de la partie antérieure du plateau tibial interne. Il remarquait également une petite quantité d'épanchement intra-articulaire. Il constatait un vraisemblable défaut de l'axe mécanique du membre inférieur droit, sous forme d'un *genu varum*, à vérifier par des clichés longs des membres inférieurs (membres inférieurs totaux en charge). Il ne ressortait pas d'autre anomalie notable sur cet examen.

Par rapport du 6 octobre 2021, la Dre W._____, du SMR, a retenu que sur le plan purement rachidien, il n'y avait pas d'éléments médicaux ou médico-descriptifs objectifs qui justifiaient une modification significative de l'état rachidien de l'assuré depuis l'examen SMR du 11 mars 2020, respectivement depuis la décision du 28 mai 2020. Elle retenait en revanche une nouvelle atteinte dégénérative modérée au niveau du genou droit, mise en évidence par l'IRM du 21 juillet 2021. Étant donné que l'assuré était suivi par un nouvel orthopédiste, le Dr X._____, spécialiste en orthopédie, il était nécessaire de l'interpeler quant à l'atteinte au genou.

Le 14 octobre 2021, le Dr X._____ a indiqué à l'OAI avoir prescrit à l'assuré de la physiothérapie et la confection de formes valgissantes, en raison d'un début de gonarthrose interne. Dans un rapport du 25 août 2021 adressé au Dr A._____, le Dr X._____ a indiqué que la radiographie standard montrait un écrasement quasiment subtotal du compartiment interne, confirmant le problème de défaut de l'axe. Avec une cale de rehaussement, la situation de l'assuré s'était normalisée. Afin de soulager l'intéressé, ce spécialiste avait effectué une infiltration et fait le nécessaire afin de modifier les formes de semelles, qui nécessitaient surtout d'être corrigées sur leur versant externe.

Dans un rapport SMR du 22 novembre 2021, la Dre W. _____ a estimé qu'elle n'avait pas d'éléments médicaux objectifs concernant le genou droit qui pourraient justifier une modification significative de l'état de santé de l'assuré ou une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée. La position du SMR restait alors inchangée, soit une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré entre le mois de novembre 2018 et janvier 2021, puis nulle depuis le mois de février 2021. La capacité de travail dans une activité adaptée restait entière, en respectant, sur les plans rachidiens, allergologiques et au niveau du genou droit, les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion/extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de dix kilos, pas de position debout ou assise prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà de deux kilomètres, éviter toute exposition au produit de nettoyage Weitaclean E8 (Eroline) ou autres irritants bronchiques sur son lieu de travail, pas de marche répétée sur terrain irrégulier, pas de travaux à genoux ou agenouillés et pas de longue marche.

Par décision du 29 novembre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assuré. En effet, son état de santé ne s'était pas aggravé de sorte à influencer ses droits depuis la dernière décision du 28 mai 2020.

C. Par acte du 21 décembre 2021, transmis le 23 décembre 2021 par l'OAI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, E. _____ a recouru contre la décision précitée concluant implicitement à sa réforme, en ce sens qu'une rente AI lui soit allouée. Il soutenait avoir prouvé, par la production de tests et de rapports, qu'il était malade et qu'il avait mal au dos. Trois médecins lui avaient signifié qu'il ne pouvait pas travailler à 100% sans risquer une aggravation de ses problèmes de dos et de ses douleurs aux jambes. Il a encore allégué commencer à ressentir des symptômes psychiques et que son travail ne suffisait pas à faire vivre sa famille.

Le 17 février 2022, E._____ a requis l'assistance judiciaire.

Le 22 mars 2022, le recourant a produit plusieurs documents, dont une attestation d'aggravation du 16 mars 2022 établie par le Dr Y._____. Ce médecin y faisait état de signes de Lasègue bilatéral qui, à la suite d'un examen clinique, témoignaient d'atteinte à la racine L5 des deux côtés. Radiologiquement, le recourant présentait une discopathie protrusive et herniaire avec augmentation du volume de la hernie L5-S1, avec un contact presque permanent avec le nerf L5 à droite et le S1 à droite. Dans cette situation, il était quasiment impossible pour le recourant d'exercer une activité à plus de 40%. Le recourant a également produit un rapport radiologique des membres inférieurs du 3 novembre 2021 établi par le Dr U._____. Ce dernier y faisait état de discrètes modifications dégénératives au niveau du compartiment fémoro-tibial des deux côtés, plus marquées du côté droit, sous forme d'un pincement modéré de l'interligne articulaire du compartiment fémoro-tibial interne, plus marquées du côté droit.

Dans sa réponse du 24 mars 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. L'office retenait que si la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était désormais nulle, il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La Juge instructrice, par décision du 6 décembre 2022, a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 20 novembre 2022. Elle a également désigné Me Patrick Moser comme avocat d'office.

E._____, agissant désormais par l'intermédiaire de son avocat, a déposé des déterminations le 3 mars 2023. Il a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin de déterminer son état de santé et ses limitations réelles, tant dans sa précédente profession que dans une activité adaptée. Principalement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 25 mars 2022, à la

réévaluation du taux d'invalidité en fonction des conclusions des nouvelles expertises ou rapports médicaux ainsi qu'à l'octroi des prestations de l'AI correspondantes à la diminution de sa capacité de travail. Subsidiairement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Il soutenait notamment que le SMR n'avait pas évalué l'ensemble des éléments médicaux versés au dossier, spécialement le rapport du Dr Y. _____ du 27 février 2021 et les explications du Dr A. _____ de mars 2021. Il ne voyait également pas quelles activités adaptées il pouvait encore exercer compte tenu du tableau clinique présenté. Il revenait à l'OAI d'établir le type d'activité en adéquation avec son état de santé et ainsi permettre de déterminer le salaire exigible qui pouvait lui être imputé.

A l'appui de sa prise de position, le recourant a produit deux rapports médicaux, établis respectivement par le Dr A. _____ le 5 janvier 2023, qui résumait la situation du recourant sur les plans du rachis, du genou droit et de son terrain allergique, et par le Dr Y. _____ le 18 janvier 2023. Ce dernier évoquait les éléments suivants :

" J'ai consulté le patient susnommé à cinq reprises depuis 2020 à la suite de crises répétitives de lombosciatalgies à droite.

Actuellement, il présente une douleur lombaire permanente accompagnée de constipation et de claudication neurogène des membres inférieurs.

A la suite d'un syndrome sciatique, une IRM a montré une hernie discale L5-S1 conflictuelle avec la racine L5 droite ainsi qu'une protrusion sévère L4-L5 cela a nécessité plus qu'une fois une infiltration sous scanner.

Ce patient peut travailler à mon avis à 50% dans un travail debout-assis, sans porter de poids sans marcher dans un terrain accidenté, sans monter descendre les escaliers et sans travailler à genou ou accroupi.

Il a besoin en permanence de traitement antalgique et anti-inflammatoire et actuellement de somnifères."

Par déterminations du 18 avril 2023, l'OAI a renvoyé à ses écrits du 24 mars 2022 et maintenu ses conclusions. Il retenait que le Dr Y. _____ motivait l'incapacité de travail du recourant uniquement par des

douleurs handicapantes. Or les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne pouvaient suffire à justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs devait être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne pouvait être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement.

Dans des déterminations du 4 mai 2023, le recourant a contesté la position de l'OAI, soutenant notamment que l'opinion de l'intimé ne tenait compte ni des constatations médicales versées au dossier, ni de l'imagerie médicale, ni de l'évolution de la pathologie ou encore de sa capacité de travail réelle.

Le 14 juin 2023, la Juge instructrice a informé le recourant qu'après l'examen anticipé des preuves, une expertise judiciaire ne semblait pas nécessaire afin de statuer.

Le 10 juillet 2023, Me Patrick Moser a transmis à la Cour sa liste des opérations, sa note d'honoraires s'élevant à 3'206 fr. pour un total de quinze heures et quarante-cinq minutes consacrées au dossier du recourant.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé a connu une aggravation depuis la décision de refus de prestations rendue le 28 mai 2020.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date, en l'occurrence le 29 novembre 2021.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit

(ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut

trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 10 mars 2021 par le recourant. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 28 mai 2020 et la décision litigieuse du 29 novembre 2021, l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière suffisamment importante pour influencer le degré d'invalidité et le droit à la rente.

b) Dans le cas présent, il sied effectivement d'admettre une aggravation radiologique entre la dernière décision du 28 mai 2020 et le dépôt de la nouvelle demande de prestations. En effet, l'IRM lombaire effectuée le 12 février 2021 par le Dr K._____ a mis en évidence une déchirure de l'anneau fibreux péri-discal ainsi qu'une progression de la hernie L5-S1 qui n'existait pas dans les rapports qui ont présidé à la première décision. On peut également relever une nouvelle atteinte à la santé depuis la première décision de refus de prestation, sous forme de gonalgies au genou droit, étant précisé que l'IRM du 21 juillet 2021 a mis en évidence des modifications dégénératives modérées au niveau du compartiment fémoro-tibial interne avec des foyers de chondropathie. Ces nouveaux éléments ont justifié l'entrée en matière de l'OAI sur la nouvelle demande déposée par le recourant.

6. a) Il convient dès lors d'examiner les éventuelles conséquences de ces aggravations sur la capacité de travail du recourant.

aa) On retiendra que les limitations fonctionnelles en lien avec le dos, mises en évidence par la Dre W. _____ dans son rapport du 22 novembre 2021, sont superposables à celles relevées dans l'examen rhumatologique du SMR du 26 février 2020 sur lequel s'est fondé l'OAI pour rendre la première décision du 28 mai 2020, à savoir : pas de mouvements répétés en flexion-extension, pas de position prolongée en porte-à-faux, pas de port répété de charge de plus de dix kilos, pas de position debout prolongée ou assise prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, pas de marche sans arrêt au-delà de deux kilomètres. Compte tenu de la problématique allergique et de celle concernant le genou droit du recourant, la Dre W. _____ a également retenu l'obligation d'éviter toute exposition au produit de nettoyage Weitaclean E8 (Eroline) ou autres irritants bronchiques sur son lieu de travail, ainsi que la marche répétée sur terrain irrégulier, les travaux à genoux ou agenouillés et pas de longue marche. Pour le SMR, le recourant disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle entre le mois de novembre 2018 et janvier 2021, puis nulle depuis le mois de février 2021. La capacité de travail dans une activité adaptée, en respectant les limitations fonctionnelles précitées, restait en revanche entière.

bb) En l'occurrence, tant le Dr A. _____ que le Dr Y. _____, dans leurs rapports des 12 et 13 avril 2021, admettent qu'il subsiste une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle du recourant, capacité de travail superposable avec celle qui avait été retenue lors de l'instruction de la première demande. Le Dr Y. _____ souligne pourtant que le recourant poursuit son activité de nettoyeur au prix de la cessation de ses activités privées, de sorte qu'il sied d'admettre, à l'instar du SMR, que cette activité n'est plus adaptée.

Concernant l'exercice d'une activité adaptée, les médecins traitants, à l'inverse du SMR, attestent d'une capacité de travail de 50%.

Pourtant, à la lecture des rapports en question, on ne parvient pas à distinguer les raisons pour lesquelles une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant ne pourrait pas être reprise à plus de 50%. Les rapports émanant du Dr A._____, succinctement motivés, sont muets à ce sujet. Quant aux limitations fonctionnelles que mentionne le Dr Y._____ dans son rapport du 12 avril 2021 (une alternance des positions de travail, pas de port de charge, pas de marche dans un terrain accidenté ou dans les escaliers ou travailler à genou ou accroupi), elles ont été prises en considération par le SMR dans la fixation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'aggravation rapportée le 16 mars 2022, au demeurant toujours limitée à l'articulation L5-S1, n'induit aucune nouvelle limitation fonctionnelle à même de restreindre davantage la capacité de travail du recourant, tout comme le rapport du 18 janvier 2023, qui ne mentionne aucun nouvel élément médical propre à revoir la situation sous un autre angle. A la lecture des rapports précités, on constate que le Dr Y._____ s'abstient de motiver de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles l'exercice d'une activité adaptée serait impossible pour le recourant à un taux supérieur à 50%, voire 40%, ces derniers ayant fluctué lors des derniers avis produits. Ces rapports ne permettent pas de remettre valablement en doute les conclusions du SMR.

cc) S'agissant des douleurs au genou droit du recourant, seul le médecin du SMR a évoqué de nouvelles limitations fonctionnelles. Les médecins traitants, en revanche, et en particulier le Dr X._____, ne se sont pas prononcés sur les limitations qu'engendrerait cet état de santé, ni sur la capacité de travail du recourant. Au demeurant, si les rapports médicaux du Dr X._____ sont certes succincts, ils sont néanmoins rassurants. On y apprend que les formes des semelles du recourant semblent finalement adaptées, et que l'état du genou du recourant est presque normalisé, même s'il subsiste un épanchement. Les radiographies du 3 novembre 2021, produites par le recourant le 22 mars 2022, sont également rassurantes s'agissant des modifications dégénératives qualifiées de discrètes et mettaient en évidence un vraisemblable *genu varum* sans autre anomalie notable sur cet examen. Il faut de surcroît

relever que cette nouvelle atteinte n'a pas entravé davantage le recourant dans son activité habituelle puisqu'il poursuit cette dernière à 50%.

dd) Concernant les allergies du recourant à certains produits de nettoyages, cette problématique était connue au moment de la première décision de refus de prestations et dûment prise en compte par la Dre W._____ dans son dernier rapport. Finalement, ayant trait à l'hypertension artérielle présentée par le recourant, aucun médecin ne se prononce sur d'éventuelles limitations fonctionnelles liées à ce diagnostic, ce dernier étant usuellement sans incidence sur la capacité de travail exigible.

ee) S'agissant de l'augmentation de la hernie discale constatée sur l'imagerie de mars 2022, il s'agit d'une nouvelle aggravation, constatée après la décision de novembre 2021 (attestation d'aggravation du 16 mars 2022 établie par le Dr Y._____). Elle ne peut ainsi pas être prise en considération et ne doit pas entrer en ligne de compte dans la présente procédure.

b) Compte tenu de ce qui précède, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions de la Dre W._____. Cette dernière peut ainsi être suivie quand elle retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle du recourant dès le mois de février 2021, sans admettre en revanche une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée, qui reste entière en l'espèce, comme retenu à l'occasion de la première décision de refus de prestations du 28 mai 2020.

A l'instar de la position de l'intimé, force est de constater que l'aggravation mise en évidence n'a pas modifié de façon notable l'état de santé du recourant de sorte à influencer ses droits depuis la dernière décision de refus de prestations.

7. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît

ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans son écriture du 3 mars 2023, doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

9. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens à la partie recourante, qui n’obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

10. a) La partie recourante est au bénéfice de l’assistance judiciaire. Etant donné que le recourant s’est acquitté de l’avance de frais, l’assistance judiciaire ne concernera que l’équitable indemnité due à Me Moser pour son mandat d’office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 juillet 2023, compte tenu de l’importance et de la complexité du litige, il convient d’arrêter l’indemnité à 3’206 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu’elle devra rembourser l’indemnité provisoirement pris en charge par l’Etat dès qu’elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par

la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 novembre 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 d'E._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Patrick Moser est arrêtée à 3'206 fr. (trois mille deux cent six francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Patrick Moser, avocat (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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).

Le greffier :