

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 juin 2024

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al 1 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CAP de maçon, a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal des assurances sociales de Genève (ci-après : l'OCAS) le 3 janvier 2008, en faisant état d'une lésion à l'épaule droite survenue dans le cadre d'un accident le 7 décembre 2006, ayant entraîné une incapacité de travail totale depuis lors. Il a notamment indiqué dans sa demande percevoir des prestations de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par rapport du 23 septembre 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin adjoint et spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dre A.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont indiqué que l'assuré avait séjourné à la Clinique [...] du 24 juillet au 26 août 2009. Ils ont posé les diagnostics suivants :

### **« DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- **Thérapies physiques et fonctionnelles**

### **DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- **Status post-arthroscopie pour débridement, lavage de l'épaule et ténodèse du long chef du biceps, le 21.07.2009**
- **AVP [accident de la voie publique] à vélo le 07.12.2006 avec :**
  - o **Luxation acromioclaviculaire droite grade IV**
  - o **Laçage acromioclaviculaire et coraco-claviculaire à droite le 08.12.2006**
  - o **Fracture de l'arcade zygomatique droite avec trait de refend sur l'os frontal droit**
  - o **TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger**
- **Troubles dégénératifs de l'articulation acromioclaviculaire droite**
- **Status post-acriomioplastie, résection distale de la clavicule droite et réinsertion du LCB [long chef du biceps] le 30.05.2008**
- **Status post-capsulite rétractile de l'épaule droite**

### **COMORBIDITES**

- **Status post-appendicectomie**
- **Status post-ulcère gastrique »**

Les Drs K.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité de travail totale du 26 août au 26 octobre 2009, à réévaluer, et ont proposé

la poursuite de la physiothérapie à raison de trois séances par semaine, ainsi qu'une consultation auprès du médecin spécialiste traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, chef du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux Hôpitaux [...], à la fin du mois d'octobre 2009, et ont prescrit un traitement médicamenteux. Selon eux, la reprise de la profession de maçon semblait difficilement envisageable.

Entre le 17 mai 2010 et le 1<sup>er</sup> février 2011, l'OCAS a régulièrement reçu une copie du dossier de la CNA, contenant notamment les pièces suivantes :

- une appréciation du 22 avril 2010, par laquelle le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que le retour dans une activité de maçon lui paraissait difficilement envisageable et qu'il s'agissait d'explorer la possibilité d'un reclassement dans une activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à dix kilos, ni les sollicitations du bras au-dessus de l'horizontale, qui permettrait vraisemblablement la mise en valeur d'une pleine capacité de travail ;

- un rapport relatif à un examen médical final du 5 juillet 2010, dans lequel le Dr L.\_\_\_\_\_ a en particulier fait état de ce qui suit :

« En résumé : cet assuré présente un status après interventions itératives sur l'épaule droite pour un status après luxation AC et lésions de type SLAP.

Sur le plan thérapeutique : il n'y a à mon avis pas à attendre à ce stade d'amélioration notable de la situation par la poursuite de mesures médicales ou en particulier chirurgicale.

On peut encore s'attendre à une légère amélioration spontanée de la fonction.

L'évolution à moyen terme et à long terme de l'épaule pourra cependant faire l'objet d'un suivi médical espacé ainsi que de la prescription d'antidouleurs.

Sur le plan de la capacité de travail : le retour vers une pleine capacité dans une activité de maçon n'est guère envisageable et il convient de mettre d'ores et déjà en route des mesures de reclassement professionnel. Ces dernières pourront s'effectuer dans une activité n'exigeant pas de port de charges supérieures à 10kg, ni des sollicitations du bras au-dessus de l'horizontale. »

- une décision du 8 juillet 2010, par laquelle la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2010, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident ;

- une décision du 28 janvier 2011, par laquelle la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 23 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,13 %, correspondant à un montant de 12'954 fr. 85.

Par décision du 12 avril 2011, confirmant un projet de décision du 29 septembre 2010, l'OCAS a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 30 juin 2010 et fixé le montant mensuel de celle-ci à 415 francs. Dans sa motivation, il a exposé que, depuis décembre 2006 – début du délai d'attente d'une année – l'assuré était en incapacité de travail. À la fin du délai d'attente, soit en décembre 2007, l'assuré présentait une incapacité de travail et de gain à 100 %. Il a ainsi estimé que le degré d'invalidité s'élevait à 100 % et qu'un droit à une rente entière était ouvert. L'office a en outre retenu que, selon le médecin d'arrondissement de la CNA, une pleine et entière capacité de travail et de gain était reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles dès le mois d'avril 2010. Sur le plan économique et s'agissant du revenu avec invalidité, il s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) pour une activité simple et répétitive ne nécessitant pas de formation, soit 53'981 fr. en 2008. S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 68'297 francs. L'OCAS a estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 21 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était plus ouvert. Il a par conséquent estimé que le droit à la rente s'éteignait le 30 juin 2010, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

**B.** Le 11 septembre 2019, l'assuré, qui œuvrait comme concierge à plein temps à compter du 11 juillet 2011, a déposé une nouvelle

demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué qu'ensuite de son accident et de trois opérations de l'épaule droite, celle-ci fonctionnait de moins en moins bien et qu'elle était douloureuse, à tel point qu'il prenait du Tramal depuis le jour de l'accident. Il avait en outre subi un infarctus en novembre 2017, suivi d'une opération avec pose de deux stents, puis à nouveau deux infarctus, le dernier ayant eu lieu le 7 juin 2019 et ayant entraîné une hospitalisation en soins intensifs jusqu'au 14 juin suivant. L'assuré a précisé qu'il était encore en incapacité de travail au moment où il adressait sa demande, en raison de plusieurs ulcères à l'estomac.

Le 11 octobre 2019, l'assuré a notamment transmis à l'OAI un rapport du 24 juin 2019, par lequel le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics de maladie coronarienne, soit d'une « coronaropathie monotronculaire avec status post PCI [intervention coronaire percutanée] de 2 sténoses de 50-90 % avec sinon plaques de 30 % de l'IVA [interventriculaire antérieure] proximale et moyenne ainsi que des 2 branches diagonales, FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] 65 % (08.11.2017) », d'une « coronarographie de contrôle en raison d'une dyspnée mal systématisée qui montrait un excellent status post PCI avec sinon un bilan coronarien inchangé et la FEVG 65 % (20.12.2017) », ainsi que d'un « status post NSTEMI [infarctus du myocarde sans élévation du segment ST] d'origine incertaine avec coronarographie de contrôle avec excellent résultat post PCI de la CD [artère coronaire droite] et sinon bilan inchangé avec notre dernier examen 12/2017 (12.06.2019) ». Le cardiologue a indiqué que son patient était asymptomatique et qu'il avait présenté un mouvement enzymatique avec des douleurs thoraciques dont l'origine restait incertaine avec un bilan invasif tout à fait rassurant et un bilan fonctionnel qui s'avérait sans particularité.

L'assuré a également transmis à l'OAI un rapport du 25 septembre 2019, dans lequel le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'intéressé avait subi un nouvel épisode ischémique du myocarde ayant

motivé une hospitalisation aux soins intensifs au mois de juin 2019, ce qui n'avait pas amélioré la situation sur le plan des douleurs de l'épaule droite. Cliniquement, il existait toujours une importante scapula alata et une décompensation algique des stabilisateurs de l'omoplate. Un examen neurologique était revenu strictement normal. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé qu'aucune chirurgie ne pouvait améliorer la situation et qu'il fallait axer le traitement sur de la rééducation fonctionnelle.

Aux termes d'un compte rendu de la permanence du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 13 novembre 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, puisque l'épisode cardiaque était guéri et que la précédente décision d'octroi temporaire d'une rente d'invalidité de l'OCAS avait tenu compte des limitations fonctionnelles liées à l'épaule droite, qui n'avaient pas évolué.

À la demande de son assurance perte de gain, l'assuré a été examiné le 6 février 2020 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport y relatif daté du 21 février 2020 et transmis à l'OAI le 12 mars suivant, le médecin précité a posé les diagnostics suivants :

- « 1. Luxation acromio-claviculaire droite de grade IV  
Laçage acromio-claviculaire et coraco-claviculaire à droite le 8.12.2006  
Troubles dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire droite  
Status post acromioplastie et résection distale de la clavicule droite et réinsertion du LCB le 30.05.2008, dans les suites d'un AVP  
Arthrolyse de l'épaule droite pour capsulite rétractile en 2009  
Scapula alata avec décompensation algique des stabilisateurs de l'omoplate
- 2. Maladie coronarienne  
Coronaropathie monotronculaire avec status post mise en place de stent sur 2 sténoses de l'IVA proximale et moyenne en 2017  
Crise d'angor le 12.06.2019  
Facteurs de risque cardiovasculaires : dyslipidémie, tabagisme actif

3. Gastrite antrale ulcéreuse et hémorragique diagnostiquée le 16.07.2019

Gastroscopie de contrôle le 7.11.2019, révélant une gastrite antrale érythémateuse modérée. »

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu, s'agissant l'affection de l'épaule droite, à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec limitations de port de charge répétitif au-delà de dix kilos et en excluant des travaux au-dessus de l'horizontale. Il a en outre estimé que l'intéressé serait apte à reprendre son activité de gestionnaire d'immeubles après l'infiltration destinée à diminuer l'inflammation acromio-claviculaire proposée par le Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation. Selon lui, la cardiopathie ischémique et les lombalgies n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Par décision du 7 octobre 2020, confirmant un projet de décision du 13 novembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré, au motif que l'affection cardiaque devait être considérée comme guérie et la situation médicale relative à l'épaule droite inchangée depuis la dernière décision prise par l'OCAS.

Aux termes d'un rapport du 29 juin 2020 transmis à l'OAI le 30 octobre 2020, le Prof. H.\_\_\_\_\_, chef de service au Service d'urologie du Centre [...], a exposé que son patient souffrait d'un « cancer de la vessie, pT1 et CIS [carcinome *in situ*] de haut grade avec status post TURV [résection trans-urétrale de la vessie] en mars 2020 et status post re-TURV en mai 2020 et juin 2020 ». Il a proposé au patient un traitement par des instillations de Bacille de Calmette et Guérin (BCG) et a prévu des contrôles endoscopiques et cytologiques réguliers.

Par compte rendu de la permanence SMR du 3 novembre 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que de nouveaux éléments médicaux dont il n'avait pas eu connaissance au moment du dernier avis lui étaient parvenu, de sorte qu'il convenait de poursuivre l'instruction du dossier.

Le 4 novembre suivant, l'OAI a annulé la décision du 7 octobre 2020 et signalé à l'assuré qu'il entrait en matière sur sa nouvelle demande et allait procéder à son instruction.

Par rapport du 12 novembre 2020 à l'OAI, le Prof. H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cancer de la vessie depuis mars 2020. Il a indiqué que le patient était suivi par cystoscopie tous les trois mois mais qu'il n'existait pas de tumeur pour l'instant. Il a attesté une incapacité de travail totale du 5 avril au 26 juin 2020 dans toute activité et une capacité de travail totale depuis lors dans l'activité habituelle.

Par avis du 8 janvier 2021, le Dr G.\_\_\_\_\_ a expliqué que les derniers éléments urologiques justifiaient une nouvelle période d'incapacité de travail totale de mars 2020 au 26 juin 2020 sans qu'il ne faille retenir une nouvelle atteinte durablement incapacitante puisque la capacité de travail dans une activité adaptée restait pleine en dehors de cette courte période.

Le 3 mai 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations.

Le 12 mai 2021, le médecin traitant de l'assuré, Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a cosigné une opposition à l'encontre de ce projet de décision avec son patient, relevant que ce dernier souffrait d'un grave problème de lombosciatalgies, qui motivait de nouvelles infiltrations antalgiques chez un anesthésiste spécialiste de la douleur, que le problème d'estomac n'était pas du tout réglé et que son cancer de la vessie n'était pas guéri puisqu'il avait encore subi une nouvelle chimiothérapie récemment, qu'il avait dû interrompre en raison des effets secondaires. A ses yeux, l'étude du dossier par l'OAI était superficielle et incomplète.

Par avis du 13 août 2021, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a en particulier estimé qu'il était nécessaire d'obtenir des éléments cliniques

supplémentaires afin de déterminer si une aggravation sur le plan rhumatologique pouvait être prise en considération.

Par rapport du 17 décembre 2021 au Dr W.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgie sur spondylose et discopathie L5-S1 protrusive avec une petite hernie paramédiane droite pouvant entraîner une irritation radiculaire S1 droite intra-canalair, de douleur trochantérienne bilatérale des péri-hanches plus marquée du côté droit sur insertionite distale glutéale, de douleurs mécaniques aux genoux sur enthésopathie avec microcalcification de l'insertion quadricipitale rotulienne, de douleur et limitation de la mobilité articulaire scapulo-brachiale de l'épaule droite dans le contexte d'un status post-traumatique lors d'un accident avec contusion de l'épaule droite en 2006 suivie de trois chirurgies de tendinoplastie de la coiffe des rotateurs, de status post résection trans-urétrale de la vessie TURV pour traiter un carcinome de la vessie pT1-3 (intervention la plus récente en 2020 et surveillance par cystoscopie trimestrielle), de gastrite chronique traitée par inhibiteurs de la pompe à protons, d'hypertension artérielle traitée, d'hypercholestérolémie traitée et de dysthymie. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que la prise en charge antalgique rachidienne lombaire était effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine intensive et en anesthésiologie, qui pratiquait des infiltrations ciblées notamment pour le dos et les membres inférieurs. S'agissant des douleurs des péri-hanches, il proposait la mise en œuvre d'une infiltration de plasma riche en plaquette d'abord trochantérienne droite, puis gauche. Sur le plan professionnel, le Dr X.\_\_\_\_\_ a noté que son patient présentait des limitations fonctionnelles multiples notamment des déplacements, de la marche ainsi que dans les mouvements et les efforts sollicitant le rachis surtout en antéflexion et en charge. Il présentait en outre de multiples comorbidités notamment cardiologiques avec une cardiopathie ischémique limitant sa capacité d'effort et il fallait également tenir compte de l'antécédent oncologique de carcinome de la vessie impliquant la nécessité de se rendre aux toilettes de manière assez fréquente. D'après le médecin précité, la capacité de travail du patient devait être évaluée dans le contexte d'une expertise médicale

pluridisciplinaire ; elle lui paraissait inférieure à 40 % dans la situation actuelle.

Répondant aux questions qui lui ont été soumises par l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué dans un rapport du 16 mars 2022 que la diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle sur le plan rhumatologique était de l'ordre de 50 % en raison des douleurs du dos, des péri-hanches, des genoux et de l'épaule droite ; une diminution supplémentaire de la capacité de travail était liée à la nécessité d'aller uriner de manière fréquente et répétée, ce qui pouvait entraîner des contraintes supplémentaires pour le dos, les péri-hanches et les genoux.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a encore effectué, à la demande de l'OAI, un examen musculosquelettique et ostéoarticulaire complet le 15 juillet 2022, ses observations ayant été notées dans un rapport du 18 juillet suivant.

Aux termes d'un avis du 21 octobre 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR a noté qu'une diminution de la mobilité cervicale et lombaire semblait objectivée et qu'il constatait une péjoration globale des amplitudes articulaires par rapport aux autres status présents au dossier. La mobilité du bras droite était significativement réduite par rapport au côté gauche. L'évolution du status clinique était cependant peu claire, de sorte qu'il était nécessaire de réaliser une évaluation spécialisée afin de déterminer les atteintes incapacitantes, la date de survenue ou d'aggravation et l'évolution, les limitations fonctionnelles, les capacités de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que les traitements exigibles. Le médecin du SMR a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (médecine interne et rhumatologie ou orthopédie ou médecine physique et réadaptation).

L'OAI a conséquemment confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire, en médecine interne générale et rhumatologie, au centre d'expertise B.\_\_\_\_\_, à [...], où l'assuré a été examiné le 2 février 2023 par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le 13 février suivant par la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Par

rapport d'expertise du 27 février 2023, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, sur le plan rhumatologique, de status post chirurgie de l'épaule droite, de status post syndrome lombo-vertébral avec discopathies sans radiculalgie sciatique ou crurale et de status post bursite de la hanche gauche stabilisée actuellement. Sur le plan internistique, la Dre N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de carcinome urothélial de haut grade de la vessie en 2020, de prostatite subaiguë en 2021, d'épigastralgies et reflux gastro-œsophagien sur gastrite antrale œdémateuse et bulbite érosive, de syndrome des apnées obstructives du sommeil non appareillé, de vertiges sur cupulolithiase, d'état dépressif en 2015 et de plaie étendue du bras gauche face interne il y a une dizaine d'années. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le mois de juin 2019 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 10 % en raison de « l'atteinte dégénérative et de l'atteinte de l'épaule droite », dès le mois de septembre ou octobre 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter de porter des charges de plus de dix kilos de façon répétée, essentiellement avec l'épaule gauche (sic), éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de monter et descendre des échelles ou des échafaudages, éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter les positions agenouillées et alterner les différentes positions assis-debout pas plus d'une heure. D'après lui, la capacité de travail évoluait de façon favorable depuis lors et pouvait encore être améliorée si l'expertisé arrêta le tabac et pratiquait une activité sportive, afin de se reconditionner et de se muscler. Sur le plan internistique, la Dre N.\_\_\_\_\_ a évoqué à titre de limitations fonctionnelles le besoin de proximité de toilettes pour la pathologie urinaire ainsi que des limitations dans le port de charges en raison de la cardiopathie, cette limitation étant toutefois déjà présente en raison de la pathologie orthopédique de l'épaule. Elle a estimé que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle, les seules contraintes étant celles de la proximité de toilettes en raison de la pathologie urologique et du temps nécessaire pour aller uriner toutes les deux à trois heures. Cette capacité de travail avait

toujours été entière, sous réserve de quelques interruptions ponctuelles lors de l'infarctus en 2017 et 2019 et du traitement du cancer de la vessie en 2020. Un traitement médicamenteux pouvait être exigé pour le cas où un diagnostic urologique de prostatisme ou d'hyperactivité vésicale devait être posé. Dans une évaluation consensuelle, les experts ont ainsi estimé la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100 %, avec une baisse de rendement de 10 %.

Le 15 mars 2023, les rapports médicaux suivants ont été transmis à l'OAI :

- un rapport du 28 décembre 2022, dans lequel le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics de lombo-pygalgies chroniques (troubles dégénératifs étagés, déconditionnement physique et psychique, troubles statiques) et de périarthropathie des hanches, avec comme comorbidités une cardiopathie ischémique avec pose de stent et une insuffisance de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite. Il a noté que le patient présentait depuis plusieurs mois des douleurs lombaires associées à un déconditionnement musculaire focal et global, se traduisant par des dysbalances musculaires prédominant au niveau de la chaîne antérieure. Selon lui, les sciatalgies décrites par l'assuré n'avaient pas de substrat anatomique et semblaient liées à un certain niveau de sensibilisation centrale. Les approches faites précédemment n'avaient pas apporté l'aide escomptée, en raison de ce problème musculaire qui n'avait pas été abordé sous l'angle rééducatif actif. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué que le bilan radiologique était plutôt rassurant, même s'il montrait des discrets troubles dégénératifs pouvant participer au tableau douloureux dans le cadre de son déconditionnement musculaire. Face à cette situation, avec le déconditionnement physique constaté, associant des raccourcissements des chaînes musculaires à une faiblesse de la sangle lombo-abdominale, une prise en charge globale restait nécessaire. Aux yeux du médecin, le patient devait acquérir une bonne conscience corporelle et poursuivre à domicile sur le long terme les exercices enseignés ; il faudrait neuf à douze mois avant qu'un résultat durable soit acquis ;

- un rapport du 27 février 2023, dans lequel le Dr M. \_\_\_\_\_ a notamment précisé que les sciatalgies décrites par le patient n'avaient pas de substrat anatomique et qu'elles semblaient être liées à un certain niveau de sensibilisation centrale, par exemple la fibromyalgie. Il préconisait un éventuel bilan radiologique coxofémoral pour exclure une « attente [recte : atteinte] sous-jacente ».

Par avis du 21 mars 2023, le Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR a fait état de ce qui suit :

« Discussion : En raison d'un s/p [status post] chirurgie de l'épaule D [droite], d'un s/p syndrome lombo-vertébral avec discopathies sans radiculalgie sciatique ou crurale, et d'un s/p bursite de la hanche G [gauche] stabilisée actuellement, nous pouvons suivre les conclusions des experts qui reposent sur des examens approfondis et une bonne discussion des éléments de cohérence et des ressources de l'assuré. La CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] est nulle depuis juin 2019. La CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] est nulle depuis juin 2019, puis de 90 % depuis octobre 2019, hormis entre mars et novembre 2020 où elle est aussi nulle, en respectant les LF [limitations fonctionnelles] (éviter de porter des charges > 10 kg de façon répétée, essentiellement avec l'épaule G ; éviter de surcharger le rachis dans sa totalité : éviter de monter-descendre des échelles, des échafaudages ; éviter la marche sur des terrains accidentés ; éviter les positions agenouillées ; alterner les différentes positions assis-debout pas plus d'1h). Il est également recommandé de pouvoir exercer une activité à proximité de toilettes. Nous n'avons pas d'éléments pour nous écarter des conclusions expertales. »

Le 30 mars 2023, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, s'agissant tant des mesures professionnelles que de la rente d'invalidité. Il a considéré, sur la base des éléments médicaux au dossier, que la capacité de travail était nulle depuis le 7 juin 2019 dans l'activité habituelle de concierge ; en revanche, une capacité de travail de 90 % pouvait être exigée dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter de porter des charges de plus de dix kilos de façon répétée, essentiellement avec l'épaule gauche (sic), éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de monter ou descendre des échelles et des

échafaudages, éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter les positions agenouillées, alterner les différentes positions assis-debout pas plus d'une heure, pouvoir exercer une activité à proximité de toilettes. Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé étant sans activité depuis plusieurs années. Il s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, par exemple dans le domaine industriel léger (soit 59'233 fr. 60 à 90 % en 2020), auquel il a appliqué un abattement de 5 % compte tenu de son taux d'occupation. Le revenu avec invalidité s'élevait finalement à 56'271 fr. 92. S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 63'248 fr. 42 à titre de revenu de concierge en 2020. L'office a donc estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 11.03 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'OAI a exposé que celui-ci existait si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessitait pas de formation particulière, le manque à gagner durable était encore de 20 % au moins, ce qui n'était pas le cas de l'assuré au vu des indications qui précédaient.

Par décision du 25 mai 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.

**B.** Par acte du 23 juin 2023, Z.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour nouvelle expertise médicale. En substance, le recourant fait valoir que ses problèmes de santé rendent impossibles ses chances de trouver et de maintenir un emploi. Quant aux limitations fonctionnelles, il relève que l'intimé a tenu compte d'atteintes à sa santé à l'épaule gauche, au lieu de l'épaule droite, que ces limitations seraient en outre plus conséquentes que celles retenues par l'intimé et qu'il ne saurait exercer

une activité manuelle simple et légère, puisque, comme l'ont attesté les Drs W. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, il ne peut maintenir la position assise ou debout pendant plus de dix minutes et qu'il doit s'allonger régulièrement dans la journée. De plus, l'obligation de se rendre fréquemment aux toilettes serait problématique, puisqu'il ne parviendrait pas à marcher plus de cent mètres sans boiter pour atténuer ses douleurs. Le recourant conteste également le taux de travail de 90 % retenu par l'intimé, faisant valoir que son médecin traitant l'estime à 0 % et le Dr X. \_\_\_\_\_ à 40 %. Il ajoute qu'il subit des infiltrations presque mensuellement, sous narcose complète, ce qui l'obligerait à s'absenter tous les mois pendant un à trois jours et aurait également une incidence sur sa capacité de travail. Enfin, il souligne que son médecin traitant a retenu que certains problèmes de santé n'avaient pas été examinés par l'intimé, rendant nécessaire une nouvelle expertise médicale, à savoir des cervico-brachialgies et des insertionites des hanches. Pour étayer ses dires, le recourant a produit le dossier de son assureur-accident, des pièces relatives à sa situation financières, des pièces figurant déjà au dossier et les pièces suivantes :

- des rapports datant des 26 mai 2021, 3 décembre 2021, 29 mars 2023, 31 mai 2023 et 21 juin 2023 du Dr F. \_\_\_\_\_ relatifs à des infiltrations des blocs facettaires effectuées à ces dates ;

- un rapport d'échographie de la hanche droite du 8 septembre 2022, révélant une bursite péritrochantérienne et indiquant qu'une infiltration de la bourse sous guidage échographique avec PRP (plasma riche en plaquettes) péritrochantérienne avait été réalisée ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 22 novembre 2022 concluant à une discopathie L5-S1, la déchirure péri-discale n'étant plus retrouvée par rapport à la précédente IRM, ainsi qu'à l'absence de hernie significative ; le rapport précisait que, dans le cadre des douleurs, l'on pouvait retenir des congestions articulaires postérieures possiblement responsables d'irritations nerveuses, de L3 à S1 à droite et de L4 à S1 à gauche ;

- un rapport radiologique du bassin face couché, les deux hanches en axial, du 10 mars 2023, qui concluait à une minime asymétrie de projection des interlignes articulaires en défaveur de la gauche qui pourrait témoigner d'une touche de chondrolyse sans réaction ostéophytaire associée ;

- un rapport d'IRM du bassin du 7 mai 2023, lequel concluait à une insertionite péritrochantérienne bilatérale, à prédominance droite, ainsi qu'à une petite bursite, le reste du status étant dans les limites de la norme ;

- un certificat du 23 mai 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2023 ;

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 25 mai 2023, qui concluait à l'absence de hernie discale, à une discopathie en C5-C6 et C6-C7, à un œdème des plateaux vertébraux en C5-C6 de Modic type I et à une sténose foraminale bilatérale en C6-C7 ;

- un rapport du 16 juin 2023, par lequel le Dr W.\_\_\_\_\_ a attesté soutenir pleinement le recourant dans sa démarche d'opposition à la décision de l'intimé, qui ne reflétait pas ses sérieux et multiples problèmes de santé. Il a indiqué que son patient avait présenté des problèmes cardiaques nécessitant la pose de deux stents, une récurrence de cervico-brachialgies droites selon l'IRM du 25 mai 2023, lesquelles allaient être infiltrées en consultation d'antalgie le 22 juin 2023, ainsi que des douleurs d'insertion des hanches infiltrées à gauche le 31 mai 2023 et qui récidivaient depuis, entraînant une boiterie antalgique, le patient devant s'asseoir après cent mètres de marche. Le médecin traitant a noté que l'évaluation rhumatologique de l'expertise n'avait pas tenu compte de ces limitations, lui-même ayant pu constater que l'intéressé ne pouvait tenir que dix minutes debout, et que les nouvelles atteintes à la santé nécessitaient la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le recourant a joint à son écriture une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 12 juillet 2023, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 juin 2023, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Par réponse du 28 août 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, se référant à un avis SMR du Dr P.\_\_\_\_\_ du 23 août précédent, dont la teneur était notamment la suivante :

« Discussion : Des images radiologiques et leur interprétation ne sont pas suffisantes pour déterminer une atteinte, une aggravation, fonctionnelle et durable. Le MT [médecin traitant] n'apporte pas de status clinique détaillé permettant d'établir une corrélation radio-clinique et objectiver un impact fonctionnel modifié. Il n'explique pas non plus en quoi une CTAA ne serait pas possible en respectant les LF. Aucun diagnostic psychiatrique ou de fibromyalgie n'est posé. L'assuré a bénéficié d'un examen approfondi très récent de son état de santé et de ses plaintes, avec des conclusions expertales étayées sur le plan fonctionnel. Nous n'avons pas d'élément permettant d'objectiver une modification significative et durable de la situation. Les précédentes conclusions restent valables. »

Par réplique du 26 octobre 2023, le recourant a maintenu sa position. Il a produit un courrier du Dr F.\_\_\_\_\_ du 22 août 2023 énumérant les dates auxquelles les infiltrations avaient été réalisées entre décembre 2020 et juillet 2023 et un rapport du 2 octobre 2023, par lequel le Dr M.\_\_\_\_\_ a déclaré envisager un algo-modulateur inhibant la recapture de la sérotonine et/ou de la Noradrénaline face à la situation de son patient ; en premier lieu, il préconisait toutefois un traitement médicamenteux afin d'augmenter le seuil de tolérance à la douleur.

Le 3 novembre 2023, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 30 octobre 2023 dans lequel le Dr W.\_\_\_\_\_ a attesté une évolution clinique des pathologies ostéo-articulaires

clairement défavorable en 2023. Il a mentionné des inflammations des péri-hanches liées à sa boiterie antalgique, une position assise ou debout impossible à tenir plus de dix à quinze minutes, des cervico-brachialgies surajoutées, etc. Il considérait ainsi que la situation clinique de son patient méritait une nouvelle expertise rhumatologique ;

- un rapport du 31 octobre 2023 du Dr M.\_\_\_\_\_, contenant ses observations à la suite d'une évaluation des performances occupationnelles effectuée les 24 et 25 octobre précédent.

Par duplique du 15 novembre 2023, l'intimé a maintenu sa position. Il a ajouté que la capacité de travail résiduelle qu'il reconnaissait n'était pas valablement discutée par les médecins traitants et que la demande de nouvelle expertise témoignait plutôt d'une aggravation postérieure à la décision que d'une remise en question de celle-ci.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ensuite de sa seconde demande de prestations AI.

**3.** 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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations, le 11 septembre 2019, et de l'incapacité de travail du recourant depuis le mois de juin 2019, la naissance éventuelle du droit à la rente peut être fixée au 1<sup>er</sup> juin 2020 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI). La présente procédure sera donc régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3 et les références citées). 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.

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

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

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 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée par le recourant le 11 septembre 2019. Il s'agit dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 12 avril 2011,

entrée en force, et la décision litigieuse du 25 mai 2023, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Dans le cadre de la première demande, l'OCAS a reconnu, à l'instar de la CNA, que l'assuré avait subi un accident de la voie publique à vélo le 7 décembre 2006 ayant engendré des atteintes durables à son épaule droite et, ainsi, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon. Aux termes de sa décision du 12 avril 2011, il a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 30 juin 2010. Selon lui, l'intéressé avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles de l'épaule droite depuis avril 2010, de sorte que le droit à la rente devait s'éteindre trois mois après l'amélioration de son état de santé. Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours et est entrée en force.

**b)** Dans le cadre de sa seconde demande de prestations du 11 septembre 2019, le recourant, qui œuvrait comme concierge depuis le 11 juillet 2011, a invoqué des douleurs et dysfonctions de l'épaule droite, ainsi que des infarctus ayant eu lieu en 2017 et 2019 et des ulcères à l'estomac. Le Prof. H.\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué, dans son rapport du 29 juin 2020, que son patient souffrait depuis le mois de mars 2020 d'un cancer de la vessie. Dans ce contexte, l'OAI est entré en matière sur cette seconde demande et a repris l'instruction du dossier auprès des médecins traitants, avant d'ordonner une expertise bidisciplinaire (médecine interne générale et rhumatologie) auprès de B.\_\_\_\_\_, en raison d'une diminution de la mobilité cervicale et lombaire et d'une péjoration globale des amplitudes articulaires constatées par le Dr X.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 27 février 2023, les experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de concierge depuis juin 2019, en raison de pathologies rhumatologiques de syndrome lombo-vertébral, d'une bursite de la hanche gauche et d'une atteinte dégénérative de l'épaule droite. Ils ont toutefois estimé que le recourant était capable, depuis septembre ou octobre 2019, de travailler à 100 %, avec une baisse de rendement de 10 % compte tenu de l'atteinte dégénérative de l'épaule

droite, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter de porter des charges de plus de dix kilos de façon répétée, essentiellement avec l'épaule gauche (sic), éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de monter ou descendre des échelles et des échafaudages, éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter les positions agenouillées, alterner les différentes positions assis-debout pas plus d'une heure, pouvoir exercer une activité à proximité de toilettes. Ce rapport a servi de fondement à l'intimé pour rendre la décision entreprise.

Il se justifie donc de considérer qu'une modification de l'état de santé du recourant est effectivement survenue, au sens de l'art. 17 LPGA, depuis la première décision de rente d'invalidité temporaire de l'OAI, ayant à tout le moins une incidence sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle. Encore faut-il déterminer si cette modification est susceptible d'influencer sa capacité de gain et son droit aux prestations.

**7.** En l'occurrence, le recourant conteste être capable de travailler quelle que soit l'activité au vu de ses limitations fonctionnelles, plus importantes que celles retenues par l'intimé, se prévalant des rapports de ses médecins traitants qui attestent en outre d'une capacité de travail de 0 % et de 40 %. Il fait également valoir que certaines atteintes à sa santé n'auraient pas été examinées par l'intimé, ce qui rendrait nécessaire la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire diligentée par B.\_\_\_\_\_ le 27 février 2023.

**a)** Sur le plan formel, l'expertise de B.\_\_\_\_\_, comportant un volet en rhumatologie et un volet en médecine interne générale, ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical du recourant, puisqu'ils ont résumé son dossier, synthétisant les documents médicaux depuis 2006 (expertise des Drs T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, p. 7 à 21). Ils ont établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et médical (*idem*, p. 5 à 7, 30 à 31 et 55). En outre, l'expertise contient des conclusions claires et

motivées, elle tient compte des plaintes de l'assuré (*idem*, p. 23, 29, 45, 46 et 55) et a été établie à l'issue d'examens cliniques, puis d'une évaluation consensuelle.

**b)** Sur le plan rhumatologique, l'expert T.\_\_\_\_\_ a, au terme de son examen rhumatologique et d'un examen neurologique succinct et au regard des examens radiologiques antérieurs, posé les diagnostics de status post chirurgie de l'épaule droite, de status post syndrome lombo-vertébral avec discopathies sans radiculalgie sciatique ou crurale, essentiellement par déconditionnement global, avec une raideur cervicale sans signe de névralgie cervico-branchiale, et de status post bursite de la hanche gauche stabilisée actuellement. Selon lui, les troubles étaient légers, les possibilités thérapeutiques avaient été épuisées et il faudrait insister sur l'arrêt du tabac et sur une activité sportive. En définitive, la capacité de travail dans l'activité de concierge était nulle depuis juin 2019 mais le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée à 100 %, avec une baisse de rendement de 10 %, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : éviter de porter des charges de plus de dix kilos de façon répétée, essentiellement avec l'épaule gauche (sic), éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de monter-descendre des échelles et des échafaudages, éviter la marche sur des terrains accidentés, éviter les positions agenouillées et alterner les différentes positions assis-debout pas plus d'une heure.

Sur le plan de la médecine interne, l'experte N.\_\_\_\_\_ a, après son examen clinique, posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de carcinome urothélial de haut grade de la vessie en 2020 (sans récurrence actuellement), de prostatite subaiguë en 2021, d'épigastralgies et reflux gastro-œsophagien sur gastrite antrale œdémateuse et bulbite érosive (œsophago-gastro-duodéno-scopie en 2019), de syndrome des apnées obstructives du sommeil non appareillé, de vertiges sur cupololithiase (vertige paroxystique positionnel bénin), d'état dépressif en 2015 et de plaie étendue sur la face interne du bras gauche il y a une dizaine d'années. Elle a estimé que le recourant ne

présentait pas de pathologie internistique invalidante et que, de ce point de vue, il était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle de concierge, les seules contraintes étant celles d'être à proximité de toilettes en raison de la pathologie urologique et de se limiter dans le port des charges en raison de la cardiopathie. Cette capacité de travail avait toujours été entière avec quelques interruptions ponctuelles lors de l'infarctus en 2017 et 2019 et lors du traitement du cancer de la vessie en 2020. Selon l'experte, un traitement médicamenteux pouvait être attendu en cas de diagnostic urologique de prostatisme ou d'hyperactivité vésicale afin d'améliorer l'état de santé de l'expertisé.

L'appréciation des experts de B.\_\_\_\_\_ est convaincante. L'argument du recourant selon lequel l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_ ne serait pas probant, puisqu'il a mentionné des limitations fonctionnelles en lien avec le bras gauche au lieu du bras droit, ne saurait être retenu. Cette erreur de plume ne permet en effet pas d'invalider le raisonnement bien étayé de l'expert. En outre, comme on le verra ci-après, l'expertise n'est pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier.

**c)** Il convient tout d'abord d'examiner les rapports émis par les médecins consultés par le recourant avant la décision litigieuse dont le contenu diffère des conclusions expertales.

Dans ses rapports des 17 décembre 2021 et 16 mars 2022, le Dr X.\_\_\_\_\_ estime la capacité de travail du recourant à 40 %, puis à 50 %, en raison des douleurs du dos, des péri-hanches, des genoux et de l'épaule droite. Ce médecin ne mentionne toutefois pas d'atteinte à la santé qui n'aurait pas été prise en compte par les experts, à l'exception d'une atteinte aux genoux qui, malgré un examen minutieux, n'a pas été constatée par ceux-ci (cf. expertise, p. 36 et 40). Il répertorie de plus des limitations fonctionnelles qui se recoupent avec celles déterminées par les Drs T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, à savoir des limitations dans les déplacements, la marche, les mouvements et efforts sollicitant le rachis surtout en antéflexion et en charge, ainsi qu'une cardiopathie ischémique limitant sa capacité d'effort et la nécessité de se rendre aux toilettes de

manière assez fréquente. Du reste, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'étaye pas en quoi une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui permettrait à l'intéressé d'éviter de ressentir les douleurs en question, ne serait pas réalisable. On relèvera qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant peut être susceptible, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Partant, ces rapports, qui font état d'une appréciation différente d'un même état de fait, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation convaincante des experts de B.\_\_\_\_\_.

En outre, s'il est vrai que le certificat du 23 mai 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2023, force est de constater que celle-ci n'est pas étayée ni objectivée médicalement, de sorte que ce certificat n'est pas susceptible de remettre en cause l'expertise bidisciplinaire.

Le recourant se prévaut également des rapports du Dr M.\_\_\_\_\_, qui attesteraient des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le Dr T.\_\_\_\_\_. Or, dans ses rapports des 28 décembre 2022 et 27 février 2023, le Dr M.\_\_\_\_\_ se contente de rapporter les plaintes de son patient lorsqu'il note que ce dernier signale des douleurs lombaires basses centrales augmentées lors des positions statiques, que la position assise est supportée dix minutes avant qu'un changement postural ne soit nécessaire, que la position debout stationnaire est moins bien supportée et qu'en marchant plus de cent mètres, il présenterait une boiterie. Il ne s'agit ainsi pas d'un constat objectif du médecin. En outre, il sied de constater que durant l'expertise ayant eu lieu en février 2023, le recourant a fait état des mêmes plaintes, à savoir qu'il avait du mal à trouver une position confortable, que ce soit assis ou debout, et qu'il ne pouvait marcher que dix à quinze minutes avant de devoir s'arrêter. Il est pourtant resté assis pendant quarante-cinq minutes lors de son entretien avec le Dr T.\_\_\_\_\_, dans une position confortable, sans demander à se lever ou changer de position (expertise, p. 33), et pendant près d'une heure face à la Dre N.\_\_\_\_\_, se positionnant avec son poids sur la fesse droite, sans demander à se lever

en raison des douleurs et avec quelques mouvements d'étirement du dos et des jambes durant l'entretien, mais toujours en position assise (*idem*, p. 53). L'expert rhumatologue a également constaté que l'intéressé se déplaçait de façon fluide et aisée, avec une légère esquive du pas postérieur du membre inférieur gauche (*idem*, p. 37). A cela s'ajoute que le Dr M. \_\_\_\_\_ estimait alors de manière tout à fait optimiste, à l'instar des experts, que le recourant souffrait d'un déconditionnement musculaire et qu'un résultat durable pouvait être attendu dans les neuf à douze mois si l'assuré effectuait certains exercices à domicile. Il ne se positionnait par ailleurs nullement sur la capacité de travail dans une activité adaptée. S'il a pu mentionner, dans son rapport du 27 février 2023, qu'il suspectait une fibromyalgie, ce diagnostic ne constituait alors qu'une hypothèse. On relèvera d'ailleurs que le recourant ne faisait l'objet d'aucun suivi psychiatrique ni traitement médicamenteux y relatif. Dans ces conditions, l'appréciation des experts n'est pas mise en doute par les rapports précités du Dr M. \_\_\_\_\_.

Quant aux rapports radiologiques produits par le recourant dans la procédure de recours, il ressort de l'expertise que ce dernier a présenté le rapport daté du 8 septembre 2022 aux experts, qui ont dûment tenu compte des atteintes qui y étaient répertoriées (cf. expertise, p. 21). Le rapport du 22 novembre 2022 concluant à une discopathie L5-S1 et le rapport du 10 mars 2023 concluant à une minime asymétrie de projection des interlignes articulaires en défaveur de la gauche pouvant témoigner d'une touche de chondrolyse sans réaction ostéophytaire associée, ne permettent pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé du recourant, dont les problématiques de hanches et de lombaires étaient connues des experts. Enfin, les rapports d'IRM du bassin du 7 mai 2023 et de la colonne verticale du 25 mai 2023 font certes état de nouvelles atteintes, à savoir une insertionite périrochantérienne bilatérale et une discopathie en C5-C6 et C6-C7. On mentionnera néanmoins à cet égard la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V

279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, il ne ressort pas des éventuels diagnostics différentiels l'existence de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte et les douleurs invoquées sont largement connues. En particulier, les experts ont noté à titre de limitations fonctionnelles que l'assuré devait éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, ce qui englobe naturellement les cervicales, et ont également préconisé une activité limitant fortement les déplacements, au vu notamment de la problématique des hanches. Les rapports radiologiques produits par le recourant ne permettent donc pas d'attester qu'il ne serait pas capable d'exercer l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telle que retenue par les experts et, partant, d'invalider leurs conclusions.

Le recourant a encore produit des rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ relatifs à plusieurs infiltrations subies depuis 2020. Il fait valoir que ces infiltrations ont lieu mensuellement, qu'elles sont à chaque fois réalisées sous narcose complète et qu'il aurait besoin d'un à trois jours pour s'en remettre, ce qu'aucun employeur ne serait prêt à consentir. D'après lui, ces contraintes limiteraient sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il ressort du rapport du 22 août 2023 du Dr F. \_\_\_\_\_ produit par le recourant - dont on peut tenir compte en tant qu'il concerne la période de décembre 2020 à mai 2023 - que l'assuré a subi une infiltration en décembre 2020, deux infiltrations en 2021, cinq infiltrations en 2022 et deux infiltrations entre janvier et mai 2023. Il est donc faux de prétendre que celles-ci ont lieu tous les mois. A cela s'ajoute qu'aucun élément au dossier n'atteste une incapacité de travail durant les jours suivants ces interventions et que les experts T. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ étaient dûment informés de celles-ci (cf. expertise, notamment p. 29), sans qu'ils n'aient considéré qu'elles avaient une incidence sur la capacité de travail. Il apparaît ainsi qu'il serait loisible au recourant de subir ces injections dans le cadre d'une activité à 90 %, en demandant à son employeur de s'absenter quelques jours dans l'année pour se rendre à ces rendez-vous médicaux et éventuellement en prévoyant ceux-ci un vendredi, afin de

pouvoir se reposer durant le week-end. Ce grief doit ainsi également être rejeté.

**d)** Le recourant a produit des pièces postérieures à la décision litigieuse datée du 25 mai 2023 dans le cadre de la procédure judiciaire. Il convient donc d'examiner si elles peuvent être prises en compte dans le cadre du présent litige et, cas échéant, si elles permettent d'invalidier les conclusions des experts. En effet, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

Aux termes de son rapport du 16 juin 2023, le Dr W. \_\_\_\_\_ indique que son patient a présenté des problèmes cardiaques nécessitant la pose de deux stents, ainsi qu'une récurrence de cervico-brachialgies droites selon l'IRM du 25 mai 2023 qui seront infiltrées le 22 juin suivant et des douleurs d'insertion des hanches infiltrées à gauche le 31 mai 2023, qui récidivaient et entraînaient une boiterie antalgique, le patient devant s'asseoir après cent mètres de marche et ne pouvant rester debout plus de dix minutes. Comme indiqué ci-dessus, les rapports radiologiques relatifs aux hanches et cervicales ne permettent pas à ce stade d'invalidier les conclusions expertales. Les constats du médecin traitant ont pour leur part eu lieu peu après la date de la décision querellée, de sorte que la Cour de céans ne saurait les prendre en considération dans le cadre du présent litige. On relèvera tout de même que les problèmes cardiaques

mentionnés dans ce rapport ont dûment été pris en compte par les experts, qui ont considéré que ceux-ci empêchaient le recourant de porter des charges de plus de dix kilos régulièrement, sans autre incidence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, ce qui est corroboré notamment par le rapport du 24 juin 2019 du Dr D.\_\_\_\_\_, indiquant que le patient était asymptomatique sur le plan cardiaque. Quant aux limitations fonctionnelles rapportées en lien avec les cervico-brachialgies et les douleurs d'insertion des hanches, il semble que le Dr W.\_\_\_\_\_ se soit contenté de rapporter les plaintes de son patient, sans réel examen clinique. On relèvera que le recourant avait été examiné en février 2023 par les experts de B.\_\_\_\_\_ qui n'avaient pas constaté de telles limitations (cf. considérant 7c *supra*) et qu'il a à nouveau fait l'objet d'un examen approfondi en octobre 2023, par le Dr M.\_\_\_\_\_, celui-ci ayant constaté que son patient parvenait à marcher cinq cents mètres avant de devoir effectuer une pause et qu'il était capable de maintenir la position assise et la position debout stationnaire pendant trente minutes (cf. rapport du 31 octobre 2023 du Dr M.\_\_\_\_\_). Dans ces conditions, le rapport du médecin traitant ne permet quoi qu'il en soit pas de mettre en cause l'expertise litigieuse.

S'agissant du rapport du 30 octobre 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_, faisant état d'une évolution clinique des pathologies ostéo-articulaires clairement défavorable en 2023, notamment au regard de l'inflammations des péri-hanches, il fait également référence à une période ultérieure à la décision rendue, de sorte qu'on ne saurait en tenir compte.

Enfin, en ce qui concerne les rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ émis les 2 et 31 octobre 2023, ils se réfèrent à des constats médicaux survenus ultérieurement à la décision litigieuse, en particulier des évaluations des performances effectuées les 24 et 25 octobre 2023, lesquels ne peuvent être pris en compte dans le cadre du présent litige.

Quoi qu'il en soit, face à d'éventuelles nouvelles atteintes aux cervicales et aux hanches, on rappellera qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé s'il

estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

**e)** En définitive, lorsque l'OAI a statué sur la demande de prestations du recourant du 11 septembre 2019, aucun élément médical ne permettait de remettre valablement en cause l'expertise bidisciplinaire de B.\_\_\_\_\_, à laquelle il convient donc de reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé était ainsi fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique et de médecine interne générale présentées par le recourant avec une baisse de rendement de 10 %.

**8.** Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté et peut être confirmé, l'intimé ayant fixé le revenu sans invalidité sur la base du précédent revenu de concierge et le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS et compte tenu d'un abattement de 5 %. Ainsi, au vu du degré d'invalidité de 11 %, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

**9.** Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de l'assuré en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision contestée 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. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 12 juillet 2023 lui octroyant l'assistance judiciaire, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 118 al. 1 let. b et 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 mai 2023 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :