

VD_GERICHTE ZD23.027170 vom 7. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.027170

FR: VD_GERICHTE ZD23.027170 du 7 juin 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.027170 del 7 giugno 2024

Erwägungen

E. 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

- 20 - 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

- 21 - l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

E. 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.

E. 5.1

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

- 22 - 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

asséculoologique. 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).

E. 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,

- 23 - 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 1er 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

E. 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

- 24 - 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

- 25 - 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 radiculogie 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-duodénoscopie 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

- 26 - 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

- 27 - 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 1er 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

- 28 - 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 vertébrale du 25 mai 2023 font certes état de nouvelles atteintes, à savoir une insertionite péritrochantérienne 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

- 29 - 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

- 30 - 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

- 31 - 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

- 32 - 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

- 33 - 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.