

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARDD, présidente
MM. Bonard et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Eric Muster, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 16, 17 et 43 LPGA ; 8, 17 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1964, marié, ressortissant suisse depuis 1996, a notamment travaillé en tant que manœuvre pour l'entreprise [...] dès le 15 octobre 1997. Le 26 janvier 2000, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant état d'une hernie discale et d'une atteinte à l'épaule. Il a déclaré être en incapacité de travail totale dès le 16 mars 1999 et être motivé à exercer un métier dans lequel il pourrait utiliser les connaissances acquises depuis son arrivée en Suisse en 1987. Il a cependant précisé que son « manque de scolarité et de formation » ne lui avait permis de travailler que dans des activités physiques (ouvrier d'usine et manœuvre de chantier) et que son incapacité à lire, écrire et parler correctement le français l'empêchait d'entreprendre une formation.

Divers documents médicaux ont été produits, soit notamment le rapport établi le 16 avril 1999 par le Dr N. _____ - médecin associé auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre Q. _____ (ci-après : le Centre Q. _____) -, dans lequel ce médecin posait les diagnostics de tendinopathie et rupture partielle non transfixiante de la coiffe des rotateurs gauches, ainsi que de scapulalgies droites. Le rapport rédigé le 25 août 1999 par le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de Z. _____, a également été versé au dossier. Ce praticien y formulait à l'attention du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, notamment la conclusion suivante :

« Ce manœuvre du bâtiment, connu du médecin conseil depuis 1996 pour des lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche et depuis avril [19]99 pour une tendinopathie et rupture partielle non transfixiante de la coiffe des rotateurs gauches est donc en incapacité de travail à nouveau totale depuis le 16 mars [19]99. Malgré divers traitements bien conduits, par des spécialistes éminents, la situation est restée subjectivement la même concernant les deux affections. Après mon examen de ce jour il m'apparaît comme évident que cet assuré ne présente aucune atrophie musculaire, aucun signe inflammatoire objectivable,

musculaire ou tendineux permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse actuelle.

[...] Je conçois, toutefois, que dans une activité de force, même à 50 %, les douleurs de l'épaule peuvent reprendre et entraîner une incapacité de travail définitive dans ce type de travail. Comme je l'ai dit dans ma lettre adressée à Z._____, la capacité de travail de cet assuré dans une activité nécessitant le port de charges ne dépassant pas 10 à 15 kg, même en position debout prolongée est possible, à 100 % [...]. »

Dans un rapport médical du 8 février 2000, le Dr T._____ a posé les diagnostics de lombalgies et lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 gauche luxée, de nécrose du disque L5-S1 avec instabilité modérée, ainsi que de tendinopathie et rupture partielle non transfixiante de la coiffe des rotateurs gauches.

Dans un rapport médical du 28 mai 2001, le Dr S._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu une capacité de travail exigible inférieure à 30 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Il a indiqué que l'assuré présentait conjointement une atteinte lombaire sous la forme d'une hernie discale et une pathologie dégénérative au niveau de l'épaule gauche. Ces affections étaient dûment documentées, avaient fait l'objet d'évaluations répétées par des spécialistes compétents et ne requéraient pas de sanction chirurgicale. S'agissant du rachis lombaire, ce médecin a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : incapacité à porter régulièrement des charges d'un poids excédant 5 kg et à en soulever - sauf exception - d'un poids supérieur à 10 kg, incapacité à effectuer des efforts en antéflexion du tronc, en latéroflexion ou en rotation, ainsi que des difficultés à rester debout ou assis immobile pendant plus de trente minutes. En ce qui concernait l'épaule gauche, la limitation fonctionnelle résidait dans l'incapacité à effectuer des travaux impliquant le membre supérieur gauche en force à la hauteur ou au-dessus de l'horizontale.

Le 22 avril 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Dans ses déterminations adressées le 6 mai 2002 à l'OAI, l'assuré a estimé qu'il avait droit à une réadaptation professionnelle.

Par décision du 10 juillet 2002 - confirmant le projet de décision du 22 avril 2002 -, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a considéré que l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, comme par exemple employé d'usine affecté au montage et câblage d'appareils électriques, façonneur de lumière ou employé de garage, qui ne nécessitaient pas de formation particulière. De plus, le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 10,20 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et pour octroyer des mesures de reclassement professionnel.

Dans une correspondance du même jour, l'OAI a expliqué à l'assuré que le droit à des mesures de reclassement professionnel supposait que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'environ 20 % dans toute activité exigible et ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire. Les conditions d'octroi n'étaient ainsi pas remplies dans le cas d'espèce, qui relevait de l'assurance-chômage. Un conseiller en profession restait toutefois à sa disposition pour l'aider dans ses démarches, en collaboration avec la personne en charge de son dossier auprès de l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP).

B. Le 23 avril 2008, l'épouse de l'assuré a communiqué à l'OAI le cas de son conjoint en vue d'une détection précoce.

Dans le procès-verbal établi le 16 mai 2008 à la suite de l'entretien du 9 mai 2008, le conseiller en charge du dossier de l'assuré a notamment mentionné, sur la base des indications de l'intéressé, que celui-ci présentait trois hernies discales, ainsi qu'une tendinite à l'épaule gauche. L'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 2008, pour une durée indéterminée. Ces atteintes avaient déjà entraîné des arrêts de travail réguliers entre 2000 et 2002, puis quelques-uns en

2006. L'intéressé souhaitait pouvoir reprendre son activité à temps complet, mais ne pouvait pas accomplir des travaux pénibles et lourds. A la suite de cette entrevue, l'OAI a invité l'assuré à formuler une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 5 juin 2008, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Il a notamment précisé avoir fréquenté une école primaire durant trois ans dans son pays d'origine et ne bénéficier d'aucune formation professionnelle. Il a indiqué être employé comme manœuvre de chantier par la société U._____ SA et être en incapacité totale de travailler depuis le 26 février 2008. Il a ajouté qu'il souffrait de hernies discales et d'une tendinite à l'épaule gauche.

Plusieurs rapports médicaux ont été produits, soit notamment celui rédigé le 28 mars 2008 par le Dr M._____, spécialiste en neurologie, à l'attention du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Ensuite d'un examen neurologique et électroneurographique, le Dr M._____ a retenu les diagnostics d'omalgie gauche sur probable irritation du nerf supra-scapulaire gauche et de lombosciatalgies irritatives sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche luxée vers le bas. Dans la synthèse et la conclusion de son rapport, ce médecin s'est notamment exprimé en ces termes :

« Ton sympathique patient présente depuis 10 ans une omalgie gauche déjà explorée à de multiples reprises. La localisation de la douleur se projette sur l'omoplate et en particulier sur le sous-épineux. Il existe en outre un problème de lombosciatalgies importantes sur une hernie discale L5-S1 luxée vers le bas déjà diagnostiquée dans une IRM de novembre 2007.

Dans le status neurologique on constate une minime myatrophie au niveau du sous-épineux et du sus-épineux, sans que des déficits au testing sélectif de la force aient pu être détectés. Il n'y a également aucun déficit sensitif. Malgré la localisation, la symptomatologie et le status parlent peu pour un syndrome de Parsonage Turner. Par contre la forte douleur à la palpation des muscles laissait suspecter un syndrome d'irritation chronique du nerf suprascapulaire. Mon bilan électro-neurophysiologique constate comme seule altération des potentiels d'une petite amplitude sur la stimulation du nerf suprascapulaire et des dérivations sur le sus-épineux et le sous-épineux, sans signes pour une atteinte neurogène de dénervation.

L'activité volontaire maximale est légèrement déficitaire pour ces deux muscles.

Comme seule option thérapeutique dans l'immédiat, il serait utile de faire des infiltrations soit par toi soit par le Dr D. _____ au niveau de l'insisura scapulae ou de la protubérance spino-glénoïdale qui déclenche souvent des soulagements immédiats et prolongés de telles douleurs comme test diagnostique et thérapeutique. En plus le patient présente une hernie discale L5-S1 paramédiane à gauche déclenchant des importantes lombosciatalgies pour lesquelles il n'a plus de traitement antalgique. Il me décrit que de multiples infiltrations du Dr D. _____ ont seulement amélioré transitoirement la symptomatologie. »

Le Dr L. _____, qui avait déjà examiné l'assuré en 2003, a revu celui-ci les 3 et 10 mars 2008. Dans son rapport médical adressé le 16 juin 2008 à l'OAI, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'omalgies gauches dans le cadre d'une amyotrophie du deltoïde et du sous-épineux gauche, ainsi que de lombalgies chroniques intermittentes actuellement en amélioration (hernie discale L4-L5 anamnestique). S'agissant de l'épaule gauche, ce praticien a estimé que l'assuré présentait des limitations dans le travail avec les bras au-dessus de la tête, ainsi que dans le port et le soulèvement de charges supérieures à 15 kg et dans la montée sur une échelle ou un échafaudage. Bien que n'étant pas le médecin traitant de l'assuré pour les lombalgies, le Dr L. _____ a évalué que l'intéressé devait à cet égard également être limité fonctionnellement dans sa capacité à porter et à soulever des charges de plus de 15 kg, notamment en position de porte-à-faux.

Dans un rapport médical du 27 juin 2008, le Dr T. _____ a exposé que l'assuré n'avait aucune formation professionnelle, qu'il était analphabète dans son propre pays et qu'il maîtrisait très mal le français, de sorte que ses capacités d'adaptation professionnelle étaient très limitées. Ce médecin a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie S1 gauche chronique avec déficit réflexe sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs sus-épineux gauches, atteintes existant respectivement depuis juillet 1996 et 1998-1999. Il a relevé que l'assuré avait séjourné du 14 avril au 5 mai 2008 au Service de rhumatologie et rééducation du Centre Q. _____ et mentionné notamment ce qui suit :

« **1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

M. B._____ présente des lombalgies chroniques depuis une dizaine d'années, en relation avec une hernie discale L5-S1 gauche. Il a déjà bénéficié à plusieurs reprises d'infiltrations épidurales ainsi que d'un traitement par dénervation du disque L5-S1 (mars 2000, Prof. K._____).

Lors du dernier séjour en rhumatologie au Centre Q._____, M. B._____ a pu bénéficier d'une infiltration épidurale et d'un bloc des racines L5-S1 gauche. La persistance des douleurs a nécessité malgré tout un soutien antalgique (Oxycontin®, Lyrica®).

M. B._____ souffre également de douleurs chroniques au niveau de l'épaule gauche sur une atteinte de la coiffe. L'indication chirurgicale n'a pas été retenue (Dr N._____, 13.09.2006). Par la suite, M. B._____ a été pris en charge pour un programme de physiothérapie à l'Unité du rachis et de la réhabilitation orthopédique (Dr F._____).

[...]

Pronostic

Nous sommes en présence d'une lombalgie qui dure depuis plus d'une dizaine d'années avec l'échec des traitements conservateurs, y compris les traitements invasifs (infiltrations, dénervation). L'indication opératoire n'a pas été retenue à de multiples reprises, également pour les douleurs de l'épaule gauche. Nous sommes donc confrontés à une double atteinte, de la colonne lombaire et de l'épaule pour laquelle il n'y a objectivement pas de solution thérapeutique à apporter, en dehors d'essayer de contrôler la douleur. »

Le Dr T._____ a en outre estimé qu'aucun des travaux énumérés dans le formulaire de l'assurance-invalidité n'était encore exigible et que l'assuré présentait des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi qu'une résistance, limitées.

En annexe du rapport précité, le Dr T._____ a notamment produit le rapport rédigé le 13 septembre 2006 par le Dr N._____, qui faisait l'appréciation du cas suivante :

« M. B._____ se plaint de douleurs chroniques intenses de l'épaule gauche. Objectivement, il existe des signes discrets de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Il est actuellement difficile d'affirmer que la gêne et les douleurs soient en relation avec les lésions constatées sur l'IRM. En effet, il s'agit de lésions relativement banales et de petite taille et la symptomatologie décrite par le patient est relativement peu spécifique.

Je n'ai par conséquent pas retenu d'indication à une approche chirurgicale. L'alternative est de demander une évaluation globale du syndrome douloureux chronique [...] afin de déterminer s[']il existe une possibilité d'améliorer les choses par des moyens conservateurs [...]. »

Le Dr T. _____ a en outre joint le rapport que le Prof. V. _____ et les Drs C. _____ et G. _____ - respectivement chef de service, cheffe de clinique adjointe et médecin-assistant auprès du Service de rhumatologie et rééducation du Centre Q. _____ - lui avaient adressé le 22 mai 2008 ensuite du séjour de l'assuré dans leur service du 14 avril au 5 mai 2008. Ces médecins ont posé le diagnostic principal de lombosciatalgies S1 gauches chroniques avec déficit réflexe sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche. Au titre de diagnostics secondaires et de comorbidités, ils ont retenu une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sus- et sous-épineux gauches et des lombalgies chroniques. Ils ont en outre indiqué notamment ce qui suit :

« Monsieur B. _____ présente des lombalgies chroniques depuis une dizaine d'années. En raison d'une exacerbation de lombosciatalgies S1 gauches, il a déjà bénéficié d'infiltrations épidurales à plusieurs reprises. N'ayant pas présenté d'amélioration sous un traitement conservateur par physiothérapie intensive, nous avons d'abord contacté le service d'antalgie, le Dr W. _____. Par son intermédiaire, le patient a bénéficié d'un bloc L5-S1 G le 15.04.2008, sans complication et sans nette amélioration subjective, raison pour laquelle le patient a été présenté au Dr R. _____ (unité du rachis) qui n'a pas retenu d'indication opératoire étant donné la présence des hernies discales pluri-étagées n'évoluant radiologiquement pas depuis 2005, ce qui rendrait toute opération compliquée, et avec la possibilité d'induire des douleurs neurogènes post-opératoires.

Le patient a donc bénéficié d'une 2^{ème} infiltration épidurale sous contrôle scanner par les radiologues avec, à la suite immédiate de la procédure, une amélioration subjective de la douleur. Toutefois, devant les plaintes du patient, nous avons initié un traitement d'Oxycontin qui a montré des effets positifs dans les douleurs d'origine neurogène.

Monsieur B. _____ est évalué à deux reprises par le Dr H. _____, médecin chef de l'unité rachis, d'abord seul, puis en présence de son épouse et du Dr G. _____. Nous lui avons expliqué sa pathologie en détails et il a pu comprendre l'origine des douleurs. Un traitement de Lyrica est instauré et majoré progressivement. Il reste éventuellement la possibilité d'introduire un traitement de Tryptizol, que nous vous laissons le soin d'évaluer si nécessaire.

[...] Il est clair qu'actuellement, ce patient ne peut plus effectuer son travail habituel où il porte des charges allant parfois jusqu'à 70 kg. »

Dans un rapport médical du 9 juillet 2008, la Dresse C. _____ a confirmé les diagnostics posés par ses collègues et elle le 22 mai 2008. S'agissant des restrictions physiques, elle a estimé que l'assuré ne pouvait pas porter de charge lourde, ni se déplacer sur de trop longues distances. L'activité habituelle n'était plus exigible et le rendement réduit en raison des douleurs. Ce médecin a considéré que les activités exercées dans différentes positions, ainsi que principalement en marchant (terrain irrégulier) et en se penchant, n'étaient plus exigibles. Il en allait de même pour les travaux avec les bras au-dessus de la tête, accroupi et à genoux, ainsi que pour le port et le soulèvement de charges de plus de 5 kg et la montée sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de compréhension, à cause de la langue, et d'adaptation étaient également limitées. La Dresse C. _____ a en outre relevé ce qui suit :

« **1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Patient de 44 ans, connu pour un syndrome lombo-radicaire S1 sur hernie discale L4-L5 et L5-S1 gauche, qui présente depuis 2 mois une recrudescence de lombosciatalgies gauches sur la face latérale du mollet jusqu'au pied avec paresthésie des 2^{ème}, 3^{ème}, et 4^{ème} orteils. Une IRM lombaire a été réalisée le 01.11.2007 et montre la persistance d'une hernie discale L4-L5 et L5-S1 paramédiane gauche. Une infiltration épidurale a été faite en octobre 2007 avec effet bénéfique transitoire.

Symptômes actuels/état actuel

Le patient décrit des douleurs allant jusqu'à 10/10 avec des réveils nocturnes et une raideur matinale de 40 minutes. Les douleurs irradient le long de la face latérale de la jambe jusqu'au pied. Le traitement conservateur et la physiothérapie n'ont pas amélioré les symptômes.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

Absence de douleur à la percussion et à la palpation du rachis. Scoliose dorsale avec hypercyphose dorsale et effacement de la lordose lombaire. Schober lombaire 10-12,5 cm. Distance doigts-sol 20 cm. Douleur déclenchée au Valsalva. Lasègue négatif. Réflexe ostéo-tendineux : aréflexie achilléenne gauche. Absence de déficit sensitivomoteur.

Pronostic

Le pronostic est défavorable en raison de la présence de lombalgies chroniques depuis une dizaine d'années chez un patient qui effectue un travail lourd avec, parfois, port de charge allant jusqu'à 70 kg.

Durant l'hospitalisation, le patient n'a présenté aucune amélioration subjective, ce qui rend le pronostic d'autant plus sombre. »

Dans un avis médical SMR du 10 juillet 2008, le Dr J._____ a notamment indiqué que les diagnostics retenus par le Dr T._____ et les médecins du Service de rhumatologie du Centre Q._____ étaient présents depuis une dizaine d'années et qu'ils avaient « déjà fait l'objet d'une rente ». Après avoir rappelé que le rapport SMR du 28 mai 2001 avait retenu une capacité de travail inférieure à 30 % dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles pour le rachis et l'épaule, ce médecin a estimé que d'un point de vue médical, il était clair que l'assuré avait dans l'intervalle travaillé dans une activité non adaptée, ce qui n'avait pas dû être favorable à l'évolution de son état. Le Dr J._____ a considéré que l'intéressé était totalement incapable de travailler en tant que maçon-coffreur, mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de soulèvement de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, pas de positions statiques prolongées, pas de déplacement sur sol irrégulier, pas de montée/descente régulières d'échafaudage, pas de mouvements de rotation/inclinaison répétés du tronc, pas de travaux à genoux, pas de positions accroupies régulières, pas de travaux au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche et pas de mouvements répétés du bras gauche contre résistance.

Lors d'un entretien à l'OAI le 3 septembre 2008, l'assuré a déclaré qu'il était incapable de travailler, avis selon lui partagé par son médecin traitant le Dr T._____, qui semblait retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

Par communication du 7 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré que le droit à une aide au placement lui était reconnu, de sorte qu'il bénéficierait d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

A la suite d'une entrevue le 8 décembre 2008, l'OAI a mis fin, le même jour, à l'aide au placement qui avait été accordée à l'assuré. En effet, celui-ci avait affirmé que son état de santé actuel ne lui permettait pas de rechercher une activité professionnelle et qu'il n'était pas dans une démarche de placement en ce moment.

Le 11 décembre 2008, l'assuré, par l'intermédiaire de l'avocat Eric Muster, a demandé à l'OAI de rendre une décision sujette à recours. Il a notamment fait valoir qu'en raison de l'aggravation de ses atteintes à la santé, il était actuellement totalement inapte au placement et n'était pas en mesure de travailler. Il a souligné que le Dr DD. _____ - spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur - préconisait dorénavant une opération de l'épaule gauche, pour tenter de supprimer ses importantes douleurs. L'assuré a estimé qu'une réadaptation était impossible et qu'il y avait lieu de lui verser une rente d'invalidité.

Par décision du 10 mars 2009, confirmant un projet de décision du 12 décembre 2008 sur lequel l'assuré s'était déterminé le 12 janvier 2009, l'OAI a refusé à l'intéressé tout droit à une rente d'invalidité. Il a notamment constaté que son activité habituelle de manœuvre n'était plus exigible en raison de ses atteintes à la santé. Toutefois, dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail pouvait lui être reconnue en respectant les limitations fonctionnelles énumérées dans l'avis SMR du 10 juillet 2008. Son revenu annuel était de 65'292 fr. sans invalidité et de 55'250 fr. 50 avec invalidité (sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS] 2006 et compte tenu d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé en raison de ses limitations fonctionnelles), de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 15,37 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par acte du 23 avril 2009, l'assuré, par son mandataire, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Ensuite de la réponse de l'OAI, l'assuré a retiré son recours, ce dont il a été pris acte par décision de la Cour des assurances sociales du 16 octobre 2009 (AI 199/09 - 324/2009). La décision rendue le 10 mars 2009 par l'OAI est en conséquence devenue définitive et exécutoire.

C. Le 11 novembre 2010, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme de mesures pour une réadaptation professionnelle, en invoquant des hernies cervicales dont il souffrait depuis 2010. Il a notamment indiqué avoir travaillé en tant qu'aide-maçon à plein temps auprès de U. _____ SA entre 2006 et 2008, puis auprès d'Y. _____ SA en 2009-2010 (hors période de chômage entre les mois de mai 2009 et avril 2010), et être en incapacité totale de travailler depuis le 2 juillet 2010.

Le même jour, l'OAI a reçu divers documents de la part de Assurance-maladie BB. _____ SA (ci-après : Assurance-maladie BB. _____ SA), assureur perte de gain. Parmi ceux-ci figurait le rapport dressé le 5 juillet 2010 par le Dr I. _____, chef de clinique adjoint auprès du Centre EE. _____, site du Centre Q. _____, dont le contenu est le suivant :

« [...]

Rappel anamnestique

Il s'agit d'un patient de 46 ans, connu de notre service pour une cure de hernie discale L5-S1 G le 28.04.2009, qui nous est réadressé en raison de cervicobrachialgies D évoluant depuis environ 6 mois. Les douleurs à type de décharges électriques suivant le dermatome C6 associées à des fourmillements du pouce D, limitant le port de charges ainsi que la mobilisation cervicale. Pas de notion de troubles sphinctériens, ni de troubles de la marche anamnestiques. Maçon de profession, il n'est pas à l'arrêt de travail. A ce jour, M. B. _____ est sous traitement conservateur antalgique à base de Tramal, Ponstan, Co-Dafalga[n] avec toutefois persistance de la symptomatologie algique, insomnante.

En ce qui concerne la lombosciatalgie G sur hernie discale opérée en 2009, le patient note une évolution tout à fait satisfaisante, sans plainte neurologique.

Objectivement

Présence d'une hypoesthésie des 1^{er} et 2^{ème} rayons de la main D, force musculaire à M4 aux différents segments des 4 membres. ROT normovifs et symétriques, RCP en flexion ddc. Pas de Hoffmann. Présence d'un Spüring positif à D, pas de signe de Lhermitte. Marche physiologique, marche sur la pointe des pieds et sur les talons sp.

Examens(s) complémentaire(s)

IRM cervicale du 04.06.2010 : présence d'une hernie discale C5-C6 molle avec contrainte sur la racine C6. Conservation de la lordose cervicale.

Appréciation

M. B._____ présente donc une radiculopathie C6 D qui est corrélée à l'imagerie cervicale mettant en évidence une hernie discale C5-C6 paramédiane D. Au vu de la persistance de la symptomatologie depuis environ 6 mois malgré un traitement conservateur antalgique et anti-inflammatoire, de l'imagerie radiologique, nous retenons l'indication opératoire pour microdiscectomie C5-C6 par abord postérieur [...]. »

Dans un rapport du 9 août 2010 également produit par Assurance-maladie BB._____ SA, le Prof. E._____, chef de service, ainsi que la Dresse X._____, médecin associée, la Dresse CC._____, médecin-assistante, et le Dr I._____, pratiquant tous auprès du centre susmentionné, ont posé le diagnostic principal de hernie discale C5-C6 droite partiellement luxée caudalement avec conflit radiculaire C6 et le diagnostic secondaire et comorbidité de status post-microdiscectomie discale L5-S1 gauche le 28 avril 2009. Ils ont notamment indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 1^{er} au 5 août 2010 et qu'il avait subi le 2 août 2010 une foraminotomie C5-C6 droite avec séquestrectomie discale par abord postérieur, sans complication. A la sortie, l'intéressé présentait une force symétrique dans les quatre membres à M5, des réflexes ostéo-tendineux (ROT) vifs et symétriques, une hypoesthésie du pouce à droite, ainsi que des tests de Hoffmann et Spüring négatifs. Une incapacité totale de travail a été attestée du 1^{er} août au 19 septembre 2010.

Dans un avis médical SMR du 30 novembre 2010, le Dr FF._____ a estimé que l'intervention chirurgicale du 2 août 2010 précitée constituait un élément nouveau justifiant une entrée en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré.

Le 8 décembre 2010, le Dr T._____ a adressé un rapport médical à l'OAI. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après foraminotomie C5-C6 droite pour hernie discale dès le 2 août 2010, de status après discectomie L5-S1 gauche existant depuis le 28 avril 2009 et de rupture de la coiffe de rotateurs gauches entre 2000 et 2003. Selon ce médecin, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre son activité d'ouvrier du bâtiment. Une observation dans le cadre d'un reclassement professionnel lui semblait adéquate, dès lors que l'intéressé était analphabète et ne savait que se servir de sa force physique. Le Dr T._____ a considéré que l'assuré ne pouvait plus porter des charges reposant sur la colonne cervicale, ni en position de porte-à-faux, et qu'il devait pouvoir alterner les positions assise et debout.

Le 4 mars 2011, le Service de neurochirurgie du Centre Q._____ a transmis divers documents à l'OAI, soit notamment le rapport dressé le 29 octobre 2010 par les Drs I._____ et GG._____, médecin-assistant auprès du Centre EE._____, site du Centre Q._____, ensuite de la consultation ambulatoire du 22 octobre 2010. Ces médecins ont notamment exposé les éléments suivants au Dr T._____ :

« **Objectivement**

Amélioration nette de la névralgie brachiale, pas de déficit moteur au niveau des quatre membres, force musculaire bien conservée à M5, les réflexes ostéotendineux sont présents et symétriques au niveau des quatre membres, pas de Hoffmann ni de Babinski.

Appréciation

Nous sommes tout à fait d'accord avec le Dr T._____ pour que l'arrêt de travail de M. B._____ dure jusqu'au mois de décembre, vu le travail pénible qu'il exerce (maçon, avec port de charges lourdes). Actuellement, on ne propose pas de traitement spécifique pour ce patient en dehors d'une physiothérapie avec des massages décontracturants au niveau cervical, à raison de deux séances par semaine pendant six semaines. Si la symptomatologie douloureuse persistait, un contrôle par IRM cervicale serait souhaitable [...]. »

Le 28 avril 2011, Assurance-maladie BB._____ SA a transmis à l'OAI, sur requête de celui-ci, le rapport de l'expertise médicale neurologique qu'elle avait mise en œuvre et qui s'était déroulée le 19 janvier 2011. Ainsi, dans son rapport d'expertise du 11 février 2011, le

Dr JJ._____, spécialiste en neurologie auprès du Centre KK._____ de [...] (ci-après : le Centre KK._____), a notamment observé ce qui suit dans sa synthèse et la discussion :

« *Rappel de l'histoire médicale :*

Monsieur B._____ est un sympathique patient âgé de 46 ans, kurde, de nationalité turque, analphabète, sans formation professionnelle, ayant toujours travaillé en Suisse comme manœuvre de chantier puis coffreur à plein-temps.

Courant avril 1996, Monsieur B._____ s'est plaint de l'apparition de lombosciatalgies gauches pour lesquelles il a consulté le Docteur T._____, lequel a fait pratiquer un bilan radiologique qui démontrera la présence d'une hernie discale L5-S1 gauche comprimant la racine S1 gauche. Les traitements comporteront AINS, antalgiques, physiothérapie et infiltrations péri-durales, sans effet bien significatif de telle sorte que, après avoir longuement hésité, Monsieur B._____ finira par se soumettre à une cure de hernie discale L5-S1 gauche en avril 2009, avec une évolution post-opératoire tout à fait favorable si ce n'est la persistance de quelques douleurs lombaires avec quelques paresthésies à la face externe du pied gauche n'ayant pas empêché le patient de reprendre son activité professionnelle de coffreur à 100% avec comme traitement d'entretien du Dafalgan et de la physiothérapie par séries.

Courant mai 2010, Monsieur B._____ a noté la survenance d'un blocage cervical conjointement à des cervico-brachialgies droites, raison pour laquelle, il va consulter tout d'abord les urgences de LL._____ puis le Docteur MM._____. Finalement, une IRM cervicale sera pratiquée qui révélera une hernie discale C5-C6 foraminale droite et le patient subira une cure de hernie discale cervicale au Centre Q._____ le 02.08.2010.

A nouveau, l'évolution post-opératoire sera tout à fait favorable avec néanmoins la persistance de cervicalgies, sans radiculalgies ni trouble[s] sensitivo-moteurs associés mais avec une certaine raideur cervicale.

Dans les suites opératoires, Monsieur B._____ sera pris en charge par les Docteurs L._____ et F._____, ainsi que par le Docteur T._____. Le traitement comportera Dafalgan, Ponstan, Tramal à la demande et physiothérapie.

Troisième problème de santé présenté par Monsieur B._____, ce dernier souffre depuis douze à treize ans de douleurs au niveau de l'épaule gauche en raison desquelles il a été suivi par le Docteur T._____ avec différents traitements conservateurs comportant AINS, antalgiques et physiothérapie, de même qu'infiltrations par le Docteur D._____. Une IRM de l'épaule gauche sera effectuée déjà en 2006 qui sera interprétée comme révélant des altérations dégénératives des tendons de la coiffe sans rupture tendineuse.

Tout récemment, Monsieur B._____ sera examiné par le Professeur N._____ qui conclura à des douleurs chroniques de

l'épaule gauche dans le cadre de tendinopathies modérées des sus- et sous-épineux. Le Docteur F. _____, quant à lui, parlera d'un syndrome sous-acromial gauche avec tendinopathie des sus- et sous-épineux gauches. Aucune indication chirurgicale ne sera retenue.

En raison de l'ensemble de ces problèmes, Monsieur B. _____ ne reprendra plus son activité professionnelle préalable à partir de juillet 2010.

Situation actuelle et conclusions :

Actuellement, Monsieur B. _____ se plaint donc de la persistance de cervicalgies, d'une tension cervicale, sans brachialgies ni troubles sensitivo-moteurs associés, de douleurs lombaires à nouveau sans irradiations douloureuses dans les membres inférieurs et sans troubles sensitivo-moteurs associés et enfin de douleurs au niveau de l'épaule gauche.

Le traitement actuel comporte Ponstan, Dafalgan, Tramal occasionnellement et physiothérapie.

A l'examen neurologique, on note une nuque de mobilité modérément limitée, dont la mobilisation entraîne des douleurs locales irradiant sur les épaules des deux côtés. Il n'y a par contre pas de contracture des muscles paracervicaux et du chef supérieur du trapèze. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle une limitation modérée de la mobilité lombaire avec provocation de douleurs locales irradiant le long du membre inférieur gauche. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des membres supérieurs est sans anomalie hormis une mobilisation de l'épaule gauche sensible. A l'examen des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue est un peu sensible en fin de mouvement à gauche alors que les points de Valleix sont bilatéralement négatifs. On note par ailleurs une atteinte radiculaire S1 gauche d'aspect ancien et séquellaire caractérisée par une aréflexie achilléenne et une hypoesthésie tactile et douloureuse au niveau de la plante du pied.

J'ai revu les documents radiologiques à disposition. L'IRM cervicale du 04.06.2010 révèle indubitablement la présence d'une hernie discale C5-C6 foraminale droite. Les deux IRM lombaires (07.05.09 et 01.11.2007) montrent indubitablement la présence d'une hernie discale L5-S1 gauche comprimant la racine S1 gauche.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il ne fait aucun doute que Monsieur B. _____ a présenté par le passé des cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6 et des lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1. Actuellement, l'évolution post-opératoire au niveau cervical et lombaire est normalement favorable avec persistance uniquement comme cela est classiquement le cas de douleurs cervicales et lombaires modérées.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a d'autre mesure à envisager que la poursuite du traitement actuellement en cours comportant AINS, antalgiques et physiothérapie.

Par ailleurs, Monsieur B. _____ présente également des douleurs au niveau de l'épaule gauche liées à des troubles dégénératifs tendineux modérés. Je laisse le soin au médecin traitant et au rhumatologue, ainsi qu'au Professeur N. _____ de décider des modalités thérapeutiques ultérieures pour ce problème.

Sur le plan de la capacité de travail, il ne fait aucun doute que les altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales et lombaires et le status post-intervention neurochirurgicale au niveau cervical et lombaire constituent une cause d'incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de coffreur. Tout comme les médecins amenés à examiner et traiter préalablement Monsieur B. _____, je suis étonné du fait qu'il ait pu pendant longtemps reprendre son activité professionnelle préalable.

Si dans l'activité de coffreur, la capacité de travail est nulle et à titre définitif depuis l'instauration de l'incapacité de travail par les médecins traitants, je confirme que Monsieur B. _____ présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges de plus de 10 kilos et autorisant des changements relativement fréquents de position. Etant donné que Monsieur B. _____ est analphabète et qu'il ne dispose d'aucune formation professionnelle, comme proposé par le médecin traitant, le Docteur T. _____, il convient qu'un stage d'observation puis une aide à l'emploi soient organisés afin de permettre à ce patient, dans la mesure du possible, de se réintégrer dans le circuit économique normal. On relèvera que Monsieur B. _____ est un homme de tout à fait bonne composition, dynamique et désireux de retrouver une activité lucrative. »

En réponse aux questions de Assurance-maladie BB. _____ SA, le Dr JJ. _____ a précisé que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées, l'assuré pouvait travailler à plein temps et avec un rendement de 100 %.

Dans un avis médical SMR du 4 mai 2011, le Dr FF. _____, se fondant en particulier sur l'expertise neurologique, a formulé les observations suivantes :

- « 1. Il y a une incapacité de travail totale comme coffreur ou manœuvre dans le bâtiment. En ce qui nous concerne, cette incapacité est reconnue depuis plusieurs années. Ceci n'a pas empêché l'assuré de reprendre la même activité à plein temps jusqu'en juin 2010.
2. La cure de hernie discale cervicale justifie une incapacité de travail totale dans toute activité du 2.7.2010 au 19.1.2011 (date de l'expertise).

3. Dès le 20.1.2011 il y a une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.
4. Limitations fonctionnelles : activité légère, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, alternance fréquente des postures, pas de travail du [M]SG au-dessus de l'horizontale, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas de flexion-extension, latéro-flexion ou rotation du tronc. »

Par communication du 28 juin 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'une mesure d'orientation professionnelle allait être mise en œuvre en sa faveur.

Dans son rapport final du 26 août 2011, la Division de réadaptation (ci-après : REA) de l'OAI a notamment relevé avoir renseigné l'assuré sur l'aide au placement. Concernant le préjudice économique, compte tenu du fait que l'intéressé avait poursuivi son activité d'aide-maçon/coffreur malgré les recommandations médicales, l'OAI n'avait pas retenu le salaire du dernier emploi de l'assuré, mais le revenu sans invalidité retenu en 2009, indexé à 2011. Le taux d'invalidité était ainsi de 17,5 %. En accord avec l'assuré, la REA a proposé une aide au placement.

Par communication du 2 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré que le droit à une aide au placement lui était reconnu, de sorte qu'il bénéficierait d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par courrier du 11 novembre 2011, la fondation O._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré avait déclaré ne pas souhaiter bénéficier de ses services pour le moment et que son suivi par l'ORP lui convenait mieux.

Le 18 juin 2012, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement de l'assuré, au motif que, malgré le soutien mis à disposition, il n'avait pas réussi à le réintégrer dans le marché du travail dans un délai convenable.

Le 10 décembre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente d'invalidité.

L'assuré, par son mandataire, s'est déterminé le 24 février 2014 sur ce projet de décision. Il a fait valoir en substance que ses limitations fonctionnelles étaient plus importantes qu'en 2009 et que son état de santé s'était péjoré depuis lors. Il a estimé qu'un abattement de 25 % devait être pris en compte dans le calcul de son revenu d'invalidité, que celui-ci n'était en aucun cas supérieur à 50'159 fr. 75 et que son degré d'invalidité s'élevait au moins à 26,67 %. L'assuré a ajouté que le Dr NN._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la Clinique PP._____, lui avait dit lors d'un entretien que le port de charge maximal était dorénavant de 2 kg. Au vu du taux d'invalidité ainsi que des difficultés pour un homme de cinquante ans, sans formation et analphabète pour trouver un emploi par le biais d'une simple aide au placement, l'assuré a demandé l'octroi en sa faveur d'une mesure de reclassement professionnel.

A l'appui de cette écriture, l'assuré a produit une attestation médicale établie le 16 janvier 2014 par le Dr NN._____, formulée en ces termes :

« Le patient susnommé est suivi à ma consultation pour un status post acromioplastie arthroscopique de l'épaule gauche le 14 janvier 2013.

L'évolution post-opératoire est marquée par une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche, mais persistance de douleurs de cette épaule à l'effort.

En raison de la symptomatologie douloureuse, le patient ne peut reprendre une activité professionnelle lourde, ou avec mobilisation répétitive de l'épaule gauche au-dessus du buste.

Compte tenu du délai depuis l'intervention, ces observations sont définitives. »

Dans un avis médical SMR du 27 février 2014, le Dr FF._____ a souligné que l'atteinte à l'épaule gauche invoquée par l'assuré était connue depuis plus de quinze ans, qu'elle avait été investiguée par le

Prof. N._____, qu'elle avait été prise en compte par le SMR dans son avis médical du 4 mai 2011 en proscrivant le travail du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale et que l'expert JJ._____ l'avait mentionnée. Le Dr FF._____ a estimé que l'intervention arthroscopique justifiait en soi une incapacité de travail d'au plus deux à trois mois. Dès lors que le Dr NN._____ n'expliquait pas dans son attestation pourquoi le port de charge serait limité à 2 kg, le Dr FF._____ a déclaré s'écarter de l'appréciation de ce praticien sur ce point.

Par décision du 20 mars 2014 confirmant le projet du 10 décembre 2013, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité. Il a considéré qu'au 2 juillet 2011, soit au terme du délai d'attente d'une année prévu par la loi, l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Toutefois, une pleine capacité de travail était exigible depuis le 20 janvier 2011 dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (activité légère, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, alternance fréquente des postures, pas de travail du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas de flexion-extension ni de latéro-flexion ou de rotation du tronc). L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 68'404 fr. 50 et un revenu avec invalidité de 56'429 fr. 72, sur la base de l'ESS 2008 indexée jusqu'en 2011 s'agissant du salaire pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé et compte tenu d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. L'assuré subissait ainsi, de par son invalidité, une perte de gain de 11'974 fr. 78, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 17,51 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

D. Par acte du 2 mai 2014, B._____, représenté par l'avocat Eric Muster, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de cette décision en ce sens qu'il a droit à une mesure de reclassement et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et

nouvelle décision. Le recourant a fait notamment valoir que l'intimé avait rendu une décision portant uniquement sur le droit à une rente d'invalidité, sans se prononcer sur la demande de reclassement. De plus, aucune mesure d'instruction complémentaire ni aucune expertise n'avait été mise en œuvre par l'OAI en plus de trois ans d'instruction. Or, les nouveaux éléments qu'il avait apportés et les résultats infructueux de la mesure d'aide au placement auraient dû inciter l'intimé à instruire le dossier plus avant, de sorte que son droit d'être entendu avait été violé. Le recourant a également reproché à l'intimé de ne pas avoir pris en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, évaluant à 25 % l'abattement qui devrait être pris en compte dans le calcul de son revenu d'invalidité. Celui-ci ne pouvait en aucun cas être supérieur à 50'159 fr. 75 et son degré d'invalidité s'élevait ainsi au moins à 26,67 %, le revenu sans invalidité n'étant quant à lui pas contesté. Selon le recourant, un tel taux devait permettre l'octroi d'une mesure de reclassement. L'aide au placement avait été insuffisante et la plupart des emplois manuels exigeaient un apprentissage, de sorte qu'une mesure de reclassement paraissait inévitable. Le recourant a en outre formulé une demande d'assistance judiciaire, complétée - sur requête - le 17 juin 2014.

A l'appui de cette écriture, le recourant a produit un bordereau de pièces, parmi lesquelles figurent notamment les documents suivants :

- le constat amiable d'accident automobile dressé le 16 juillet 2012, événement ayant impliqué un véhicule dans lequel le recourant était passager ;

- le rapport médical intermédiaire établi le 21 août 2012 par la Dresse RR._____, spécialiste en médecine interne générale, dans le cadre de la procédure de l'assurance-accidents, retenant le diagnostic d'entorse cervicale sur mécanisme de « coup du lapin » et mentionnant que les radiographies effectuées n'avaient pas objectivé de lésion osseuse, que l'assuré présentait des contractures musculaires cervico-

scapulaires douloureuses persistantes ainsi que des douleurs de « dérouillage » cervicales, et que le pronostic était a priori favorable ;

- la décision rendue le 23 octobre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) mettant fin au versement de ses prestations en faveur du recourant au 31 octobre 2012, au motif que les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident du 16 juillet 2012 mais étaient exclusivement de nature malade ;

- le courrier adressé le 29 avril 2014 par le Dr NN. _____ au mandataire du recourant en réponse aux questions que cet avocat lui avait soumises et dont la teneur est notamment la suivante :

« **1. Quels sont les problèmes de santé apparus dès l'année 2010 ? Merci de préciser à quelle date ?**

Le patient est suivi à ma consultation depuis le 15 octobre 2012 en raison de douleurs de l'épaule gauche, sans notion de traumatisme. Les douleurs sont présentes depuis plusieurs années, mais en augmentation depuis 2012. Le bilan a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche sur un conflit sous-acromial, ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire gauche traités chirurgicalement le 14.01.2013.

2. Les problèmes de santé antérieurs à 2010 se sont-ils dégradés ? Si oui merci de préciser votre réponse.

Les douleurs de l'épaule gauche ont augmenté en intensité durant l'année 2012. L'évolution post-opératoire est favorable avec actuellement des douleurs de l'épaule gauche uniquement à l'effort.

M. B. _____ est suivi à ma consultation uniquement pour la problématique de l'épaule gauche. Je vous prie de vous adresser aux médecins qui l'ont traité avant cette date afin d'obtenir plus de renseignement[s] [...] ».

Dans ce document, le Dr NN. _____ a également estimé, s'agissant uniquement de la problématique de l'épaule gauche, que le recourant était limité dans le travail avec les bras au-dessus de la tête, pour soulever ou porter des charges et pour monter sur une échelle ou un échafaudage. Il a précisé que l'assuré devait éviter les travaux lourds (de plus de 2 à 5 kg), les travaux avec mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste, ainsi que ceux avec mobilisation répétitive de l'épaule gauche.

Par décision du 26 juin 2014, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales a accordé à B._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, avec effet au 2 mai 2014, sous la forme de l'exonération des avances et frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Eric Muster. Le recourant a été astreint au versement d'une franchise mensuelle de 50 fr., dès et y compris le 4 août 2014, conformément à l'accord qu'il avait donné dans sa demande d'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 7 août 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et produit son dossier concernant le recourant. Il a en substance fait valoir que même s'il ne s'était pas formellement prononcé sur le droit de l'assuré à une mesure de reclassement, il était évident, au vu du degré d'invalidité et des circonstances du cas d'espèce - à savoir notamment le manque de qualifications professionnelles du recourant -, que celui-ci ne pouvait pas être mis au bénéfice de la prestation sollicitée. De plus, conformément à la jurisprudence, les difficultés linguistiques ou le manque de formation professionnelle ne pouvaient être pris en considération dans l'estimation de la réduction du revenu d'invalidé.

Le recourant a répliqué le 13 octobre 2014 et produit une pièce, à savoir le protocole opératoire de l'intervention subie le 14 janvier 2013 à la Clinique PP._____. Il a confirmé ses conclusions et estimé qu'un abattement de 10 % ne tenait pas suffisamment compte de sa situation personnelle. En effet, il était d'origine étrangère, ne pouvait pas porter de charge lourde, n'avait aucune formation et ne savait ni lire ni écrire.

Dans sa duplique du 3 novembre 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a notamment indiqué que pour octroyer une mesure de reclassement, il fallait que celle-ci soit nécessaire et suffisante pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à ce qu'offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. Une formation de niveau supérieur à celui de l'ancienne activité ne pouvait être envisagée que si la nature et la gravité de l'invalidité étaient telles

que seul ce schéma permettrait de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. De plus, selon la jurisprudence, seules les limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité, à la catégorie d'autorisation de séjour ou au taux d'activité étaient susceptibles de limiter les perspectives salariales d'une personne invalide. Or, le recourant avait obtenu la nationalité suisse en 1996 et avait travaillé depuis son arrivée en Suisse, réussissant son intégration professionnelle. Enfin, le manque de formation et les difficultés linguistiques ne constituaient pas des critères déterminants s'agissant des activités simples et répétitives prévues par l'ESS.

Le 8 juin 2015, Me Eric Muster a produit, sur requête, la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI, dans le cadre de sa troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. En effet, l'assuré ne conteste pas l'absence de droit à une rente d'invalidité, mais reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné ni pris en considération son droit à des mesures d'ordre professionnel, auxquelles il prétend.

3. a) Préalablement, il convient de se prononcer sur le grief d'ordre formel soulevé par le recourant, à savoir que l'intimé a statué uniquement sur le droit à une rente d'invalidité, alors qu'il avait également développé des arguments en faveur de l'octroi d'un reclassement.

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 137 I 195 consid. 2.2, 132 V 387 consid. 5.1, 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de la partie intimée, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 136 V 117 consid. 4.2.2.2, 133 I 201 consid. 2.2).

c) On peut en l'espèce regretter que l'intimé ne se soit pas expressément prononcé sur la question du reclassement. Il faut néanmoins relever qu'avant de pouvoir statuer sur un reclassement professionnel, l'OAI devait déterminer si l'assuré présentait un degré d'invalidité suffisant pour qu'une telle mesure entre en considération. Ayant estimé le taux d'invalidité du recourant à 17,51 %, il paraît avoir implicitement considéré que tel n'était pas le cas. Cela étant, la question d'une violation du droit d'être entendu peut en l'occurrence demeurer indécise. En effet, le recourant a pu faire valoir ses motifs relatifs au reclassement devant la Cour de céans - qui dispose d'un plein pouvoir d'examen -, d'abord dans son recours puis, ensuite des éléments développés par l'intimé sur ce point, dans sa réplique. De plus, un renvoi de la cause à l'intimé pour ce motif d'ordre formel retarderait inutilement l'issue du litige, ce qui ne serait dans l'intérêt d'aucune des parties. Le recourant ne conclut d'ailleurs pas à l'annulation de la décision entreprise pour ce motif-là.

4. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 2 sont remplies (al. 3). Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment de la troisième demande déposée par l'assuré le 11 novembre 2010. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 , 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas

encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2). Toutefois, le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence

de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2, 117 V 261 consid. 3b et les références citées ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'assureur social - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment 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 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2, TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Par ailleurs, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En revanche, il n'y a pas lieu de procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb : cf. également TF 9C_113/2010 du 25 juin 2010 consid. 3.3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le

Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 précité consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

6. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, compte tenu de l'opération d'une hernie discale C5-C6 que celui-ci avait subie le 2 août 2010. Dans le cadre de l'instruction, il a demandé des renseignements médicaux aux médecins traitants de l'assuré, à savoir en particulier au Dr T._____ et aux médecins du Centre Q._____ ayant traité l'intéressé pour cette atteinte

à la santé. L'intimé a en outre requis de Assurance-maladie BB. _____ SA, assureur perte de gain, la transmission du rapport de l'expertise neurologique qu'il avait mise en œuvre auprès du Centre KK. _____.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié au point d'avoir une influence sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en procédant à la comparaison de la situation de fait existant au moment de la dernière décision du 10 mars 2009 entrée en force et celle ayant fait l'objet de la décision litigieuse du 20 mars 2014.

b/aa) Dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 10 mars 2009, les avis médicaux au dossier faisaient tous état d'atteintes au dos et à l'épaule gauche. Ainsi, le Dr M. _____ a retenu, dans son rapport du 28 mars 2008, les diagnostics d'omalgie gauche sur probable irritation du nerf supra-scapulaire gauche et de lombosciatalgies irritatives sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche luxée vers le bas. Un diagnostic similaire a été posé le 16 juin 2008 par le Dr L. _____, qui a considéré que l'assuré présentait des omalgies gauches dans le cadre d'une amyotrophie du deltoïde et du sous-épineux gauche, ainsi que des lombalgies chroniques intermittentes alors en amélioration (hernie discale L4-L5 anamnétique), atteintes ayant un effet sur la capacité de travail. Ces lombalgies et omalgies ont également été mentionnées par le Dr T. _____ le 27 juin 2008, qui a rappelé que son patient avait bénéficié de plusieurs infiltrations épidurales, ainsi que d'un traitement par dénervation du disque L5-S1 en mars 2000, et qu'aucune indication chirurgicale n'avait en l'état été retenue s'agissant de l'épaule gauche, selon le rapport dressé le 13 septembre 2006 par le Dr N. _____. Les 22 mai et 9 juillet 2008, les médecins du Centre Q. _____ ont posé le diagnostic principal de lombosciatalgies S1 gauches chroniques avec déficit réflexe sur hernie discale L5-S1 paramédiane gauche et, au titre de diagnostics secondaires et de comorbidités, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs sus- et sous-épineux gauches et des lombalgies chroniques.

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'intimé a en particulier fondé sa décision sur le rapport de la Dresse C. _____ du 9 juillet 2008. Selon ce médecin, l'assuré ne pouvait pas porter de charge lourde, ni se déplacer sur de trop longues distances. Les activités exercées dans différentes positions, ainsi que principalement en marchant (terrain irrégulier) et en se penchant, n'étaient plus exigibles. Il en allait de même pour les travaux avec les bras au-dessus de la tête, accroupi et à genoux, ainsi que pour le port et le soulèvement de charges de plus de 5 kg et la montée sur une échelle ou un échafaudage. Cette appréciation rejoignait celle faite le 16 juin 2008 par le Dr L. _____, à l'exception du port et du soulèvement de charges qui ne devait selon ce médecin pas dépasser 15 kg. Sur la base des éléments au dossier, le Dr J. _____ du SMR a considéré, le 10 juillet 2008, que le recourant était totalement incapable d'exercer son activité habituelle, mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Dans sa décision du 10 mars 2009, l'OAI est arrivé à la même conclusion.

bb) A l'appui de sa demande de prestations du 11 novembre 2010, le recourant a invoqué des hernies cervicales dont il souffrait depuis 2010. En cours d'instruction, deux rapports dressés par des médecins du Centre EE. _____, site du Centre Q. _____, ont été produits. Dans le document rédigé le 5 juillet 2010, le Dr I. _____ a observé une radiculopathie C6 droite corrélée à l'imagerie cervicale, qui mettait en évidence une hernie discale C5-C6 paramédiane droite. La symptomatologie persistant depuis environ six mois malgré un traitement conservateur antalgique et anti-inflammatoire, ce médecin a retenu une indication opératoire pour microdiscectomie C5-C6 par abord postérieur. Concernant la lombosciatalgie gauche sur hernie discale opérée en 2009, le Dr I. _____ a souligné que le patient mentionnait une évolution tout à fait satisfaisante, sans plainte neurologique. L'intervention chirurgicale préconisée par ce praticien a été effectuée le 2 août 2010. Dans un rapport du 9 août 2010, les médecins du Centre EE. _____ ont posé le diagnostic principal de hernie discale C5-C6 droite partiellement luxée caudalement avec conflit radiculaire C6 et le diagnostic secondaire et

comorbidité de status post-microdiscectomie discale L5-S1 gauche le 28 avril 2009. Ils ont précisé que l'opération de foraminotomie C5-C6 droite avec séquestrectomie discale par abord postérieur s'était déroulée sans complication. A la suite d'une consultation ambulatoire du 22 octobre 2010, les Drs I._____ et GG._____ ont notamment noté chez le recourant une nette amélioration de la névralgie brachiale, l'absence de déficit moteur au niveau des quatre membres, une force musculaire bien conservée, ainsi que des réflexes ostéotendineux présents et symétriques aux quatre membres. Aucun traitement spécifique n'était proposé hormis de la physiothérapie avec des massages décontracturants au niveau cervical. Se prononçant le 8 décembre 2010 sur les limitations fonctionnelles, le médecin traitant du recourant, le Dr T._____, a estimé que son patient ne pouvait plus porter de charges reposant sur la colonne cervicale, qu'il devait éviter les positions de porte-à-faux, et qu'il devait pouvoir alterner les positions assise et debout.

En sus de ces renseignements, l'intimé a demandé à l'assureur perte de gain la transmission de l'expertise neurologique que celui-ci avait mise en œuvre auprès du Centre KK._____, réalisée le 19 janvier 2011 par le Dr JJ._____, spécialiste en neurochirurgie. Ce médecin a en particulier relevé que le recourant avait présenté par le passé des cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6 et des lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1. L'évolution post-opératoire au niveau cervical et lombaire était normalement favorable, avec persistance uniquement - comme cela était classiquement le cas - de douleurs cervicales et lombaires modérées. Aucune mesure thérapeutique autre que la poursuite du traitement en cours comportant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des antalgiques et de la physiothérapie n'était à envisager. Le Dr JJ._____ a laissé aux médecins traitants du recourant et au Prof. N._____ le soin de déterminer les modalités thérapeutiques pour les douleurs au niveau de l'épaule gauche liées à des troubles dégénératifs tendineux modérés. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a considéré que l'assuré présentait, depuis l'incapacité de travail attestée par les médecins traitants, une incapacité totale et définitive dans son activité de coffreur, en raison des altérations

dégénératives disco-vertébrales cervicales et lombaires, ainsi que du status post-intervention neurochirurgicale au niveau cervical et lombaire. En revanche, le recourant disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, ni le port régulier de charges de plus de 10 kg, et autorisant des changements relativement fréquents de position. Sur la base notamment de cette expertise, le Dr FF._____ du SMR a confirmé, le 4 mai 2011, que le recourant était dans l'incapacité totale de travailler comme coffreur ou manœuvre dans le bâtiment. La cure de hernie discale cervicale justifiait une incapacité de travail totale du 2 juillet 2010 au 19 janvier 2011 (date de l'expertise) dans toute activité, mais, dès le 20 janvier 2011, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr FF._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, alternance fréquente des postures, pas de travail du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas de flexion-extension, ni latéro-flexion ou rotation du tronc.

En outre, le recourant a été victime d'un accident de la circulation le 16 juillet 2012. Il a souffert d'une entorse cervicale sur mécanisme de « coup du lapin », sans lésion osseuse.

Enfin, le recourant a subi une opération pour traiter son atteinte à l'épaule gauche. Une acromioplastie arthroscopique de l'épaule gauche été effectuée le 14 janvier 2013 et, selon l'attestation médicale rédigée le 16 janvier 2014 par le Dr NN._____, l'évolution post-opératoire montrait une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche, avec toutefois une persistance de douleurs à l'effort. La symptomatologie douloureuse empêchait la reprise par l'assuré d'une activité professionnelle lourde ou avec mobilisation répétitive de l'épaule gauche au-dessus du buste. Le Dr FF._____ du SMR a pris position sur ce nouvel élément le 27 février 2014 et estimé que cette intervention arthroscopique justifiait une incapacité de travail de deux à trois mois au plus. Réinterpellé par le mandataire du recourant, le Dr NN._____ a

indiqué le 29 avril 2014 qu'il suivait l'assuré depuis le 15 octobre 2012 et que les douleurs à l'épaule gauche s'étaient intensifiées durant l'année 2012. Il a qualifié de favorable l'évolution post-opératoire, les douleurs à l'épaule gauche subsistant uniquement à l'effort. Selon ce médecin, le recourant était limité par son atteinte à l'épaule gauche dans le travail avec les bras au-dessus de la tête, pour soulever ou porter des charges et pour monter sur une échelle ou un échafaudage. L'assuré devait éviter les travaux lourds (de plus de 2 à 5 kg), les travaux avec mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste, ainsi que ceux avec mobilisation répétitive de l'épaule gauche.

c) Au vu des éléments qui précèdent, il faut constater que la situation du recourant a certes évolué, mais qu'elle ne s'est pas péjorée de manière à influencer le degré d'invalidité permettant d'admettre tel quel un droit aux prestations. En effet, la hernie discale L5-S1 dont souffrait l'assuré au moment de la décision du 10 mars 2009 a été opérée le 28 avril 2009, avec succès, étant relevé que le recourant a par la suite repris son travail d'aide-maçon alors même que l'intimé avait considéré que cette activité n'était plus exigible. L'accident du 16 juillet 2012 n'a pour sa part entraîné aucune conséquence durable au niveau de l'assurance-accidents, la CNA ayant mis un terme à ses prestations en faveur du recourant le 31 octobre 2012 au motif que les troubles subsistants étaient de nature exclusivement malade. En ce qui concerne la problématique de l'épaule gauche, ce point a été relevé par le Dr P._____ le 25 août 1999 déjà. S'il n'y a eu initialement aucune indication chirurgicale, une acromioplastie arthroscopique a été pratiquée le 14 janvier 2013. Toutefois, le Dr NN._____ a attesté les 16 janvier et 29 avril 2014 d'une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche, avec persistance des douleurs uniquement à l'effort. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, elles sont similaires à celles énoncées le 8 décembre 2010 par le Dr T._____, le 11 février 2011 par l'expert JJ._____ et le 4 mai 2011 par le Dr FF._____ du SMR. La limitation du travail au-dessus de l'horizontale pour l'épaule gauche a dûment été prise en compte par l'intimé dans la décision entreprise. De plus, si les médecins ne s'accordent pas exactement sur le poids que le

recourant est en mesure de porter – à savoir entre 2 et 5 kg selon le Dr NN._____, 10 kg pour l'expert JJ._____ et le Dr FF._____ du SMR – , cet élément ne permet pas à lui seul de remettre en cause le bien-fondé de la décision litigieuse. Il faut encore souligner que si le Dr NN._____ a énoncé les limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule gauche, il n'a jamais mentionné que le recourant présenterait une incapacité de travail totale dans toutes les activités. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant disposait, dès le 20 janvier 2011, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

d) Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à des mesures d'instruction complémentaire, notamment en mettant en œuvre une expertise. Ce grief est infondé. En effet, aucun indice au dossier ni aucun élément avancé par le recourant ne permettent de penser que l'état de l'assuré ensuite des opérations des 28 avril 2009, 2 août 2010 et 14 janvier 2013 n'aurait pas évolué favorablement, malgré des douleurs résiduelles modérées, et que l'intéressé ne présenterait pas, comme en 2009, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Ainsi, on peut notamment relever que les médecins du Centre Q._____, dans leur rapport du 29 octobre 2010, ont observé une nette amélioration de la névralgie brachiale. L'expert du Centre KK._____ a quant à lui fait état le 11 février 2011 d'une évolution post-opératoire au niveau cervical et lombaire normalement favorable, et le Dr NN._____ a évoqué dans son rapport du 16 janvier 2014 une récupération fonctionnelle complète de l'épaule gauche. En outre, les rapports médicaux que le recourant a lui-même produits ne permettent pas d'admettre qu'il subsiste un doute concernant sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, même son médecin traitant, le Dr T._____ – qui avait par le passé estimé qu'aucune activité n'était exigible de son patient – a préconisé le 8 décembre 2010 une observation dans le cadre d'un reclassement professionnel, sous-entendant ainsi que le recourant disposait à tout le moins d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, ensuite des déterminations de l'assuré du 24 février 2014 et au vu de

l'attestation médicale produite à l'appui de cette écriture, l'intimé a réinterpellé le SMR, qui s'est exprimé le 27 février 2014 sur les conséquences de l'intervention chirurgicale invoquée par le recourant.

Le recourant est encore d'avis que les résultats infructueux de la mesure d'aide au placement auraient dû inciter l'intimé à instruire le cas plus avant. Or, cette mesure a pris fin du fait de l'assuré, qui a déclaré ne pas vouloir bénéficier des services de la fondation O. _____ et que le suivi effectué par l'ORP lui convenait mieux. Ainsi, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il estime que son droit d'être entendu aurait été violé et que l'intimé aurait failli à son devoir d'instruction. Il faut également rappeler que le principe inquisitoire n'entraîne pas l'obligation pour l'assureur d'investiguer, sans indice, toute atteinte à la santé qui pourrait entrer en ligne de compte pour allouer des prestations, l'assuré étant tenu de collaborer à l'instruction de la cause.

C'est au surplus avec raison que le recourant ne critique pas l'expertise réalisée par le Dr JJ. _____. Celle-ci remplit en effet tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). Le fait qu'elle ait été mise en œuvre par l'assureur perte de gain, et non par l'intimé, ne lui ôte en rien son caractère probant.

7. Dans la décision litigieuse, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 68'404 fr. 50 et un revenu avec invalidité de 56'429 fr. 72, le degré d'invalidité du recourant s'élevant ainsi à 17,51 %.

a) Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V

343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3, 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3, I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75 ; cf. Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, Meyer Hrsg., 2^{ème} éd., Bâle 2007, n. 35, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/bb). Enfin, il y a lieu de rappeler que, de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment ATF 126 V 75 consid. 5b/cc ; TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre - ou à comprendre les autres -, l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2).

b/aa) En l'espèce, le recourant ne critique pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, soit 68'404 fr. 50, calculé sur la base du

revenu figurant dans la décision du 10 mars 2009, indexé à 2011. Vérifié d'office, ce montant ne prête au demeurant pas flanc à la critique.

bb) Le recourant ne conteste pas non plus en tant que tel le revenu avec invalidité pris en compte par l'intimé, à savoir 56'429 fr. 72, mais s'en prend à l'abattement de 10 % auquel l'OAI a procédé sur ce montant. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir suffisamment pris en considération les circonstances du cas d'espèce, énumérant l'ensemble de ses limitations fonctionnelles et soulignant qu'il n'a aucune formation professionnelle, qu'il est d'origine étrangère, qu'il parle mal le français et qu'il ne sait pratiquement pas lire ni écrire. Il estime qu'une réduction de 25 % doit être appliquée, que son revenu avec invalidité ne saurait ainsi excéder 50'159 fr. 75 et que son taux d'invalidité s'élève en conséquence au moins à 26,67 %.

L'intimé a considéré qu'un abattement de 10 % se justifiait en raison des limitations fonctionnelles du recourant. A cet égard, il faut souligner que les limitations fonctionnelles de l'assuré prises en considération dans le cadre de la troisième demande de prestations se rapprochent de celles retenues dans la procédure précédente ayant abouti à la décision du 10 mars 2009 (cf. consid. 6b et c supra). L'intimé pouvait ainsi retenir une réduction similaire à celle de la décision de 2009, soit 10 %. Ainsi, l'abattement auquel l'OAI a procédé dans la décision litigieuse tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé par les limitations fonctionnelles de l'intéressé.

En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait en l'occurrence fonder un abattement de 25 % sur l'arrêt C-3494/2010 rendu le 19 juillet 2012 par le Tribunal administratif fédéral. En effet, dans cette dernière affaire, les limitations fonctionnelles de l'assuré, âgé au demeurant de cinquante-neuf ans au moment de la décision querellée, étaient plus importantes que celles du recourant, dès lors que l'intéressé présentait des handicaps ne laissant place qu'à des activités légères sans port de charge, sans surcharge du rachis et ne nécessitant pas une bonne acuité visuelle binoculaire (cf. consid. 15.7 de cet arrêt).

Enfin, c'est à tort que le recourant invoque l'absence de formation professionnelle, son manque de connaissances de la langue française et son illettrisme pour justifier un abattement de 25 %. En effet, conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 7a in fine), de tels facteurs ne constituent pas - du point de vue de l'assurance-invalidité - des circonstances supplémentaires susceptibles d'influer sur l'étendue de l'invalidité de l'intéressé, même s'ils peuvent rendre difficile la recherche d'un emploi. En l'espèce, la situation personnelle et professionnelle du recourant a été dûment prise en compte, un abattement lié aux limitations fonctionnelles ayant été retenu. En revanche, l'âge de l'assuré, les années de service, la nationalité et le taux d'activité ne justifiaient pas une réduction (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc), dès lors que le recourant était âgé de cinquante ans au moment de la décision litigieuse, qu'il dispose de la nationalité suisse depuis 1996 et qu'il a exercé une activité professionnelle durant plusieurs années, à temps plein.

En conséquence, aucun élément n'est susceptible de conduire la Cour de céans à s'écarter de l'évaluation de l'abattement faite par l'intimé. Le degré d'invalidité du recourant, fixé à 17,51 %, ne prête ainsi pas flanc à la critique.

8. Enfin, même si le degré d'invalidité du recourant avait pu être évalué à 26,67 % comme il le requiert, taux qui aurait offert la possibilité d'un reclassement, les conditions d'octroi d'une telle mesure n'auraient de toute manière pas été remplies.

a/aa) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI.

bb) Conformément à l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce. En particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau nettement supérieur à celui de son ancienne activité (TF 9C_644/2008 précité consid. 3 et les références), sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4, 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 précité consid. 3). Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b, 99 V 34) et, si

les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (TF 9C_644/2008 précité consid. 3).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement s'agissant de la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in : Pratique VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références ; TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4, 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 précité). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

b) En l'espèce, à l'appui de sa demande de reclassement, le recourant invoque que la plupart des emplois manuels exigent un apprentissage. Or, comme il l'a à réitérées reprises déclaré, il n'est au bénéfice d'aucune formation de base, ni dans son pays d'origine ni en Suisse. De plus, la nature et la gravité de son invalidité ne sont pas telles que seule une formation de niveau supérieur permettrait de mettre au mieux à profit sa capacité de travail à un niveau plus élevé, en l'occurrence un apprentissage. Il faut en outre relever que le recourant admet et fait valoir dans ses écritures qu'il ne parle pas bien le français et qu'il est analphabète, ce qui n'est pas compatible avec une telle formation, qui présuppose de savoir lire et écrire. L'aptitude subjective de réadaptation de l'intéressé fait donc défaut. Dans ces circonstances, un reclassement sous la forme d'un apprentissage serait selon toute

vraisemblance voué à l'échec, de sorte que le recourant ne saurait se voir octroyer une telle mesure.

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b/aa) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure, qui doivent se situer entre 200 et 1'000 fr. en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie qui a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, les frais judiciaires, ainsi que l'équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office, puisqu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD) et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

bb) Le recourant a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Eric Muster, à compter du 2 mai 2014 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Cet avocat a produit, le 8 juin 2015, la liste de ses opérations. Il a indiqué avoir consacré 14 heures et 18 minutes à l'exécution de son mandat, dont 1 heure et 36 minutes de travail effectué par une avocate-stagiaire. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et entre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle peut être admise. Sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. pour Me Muster et de 110 fr. pour l'avocate-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), l'indemnité doit être fixée à 2'462 fr. ([12,7 h x 180 fr.] + [1,6 h x 110 fr.]). A cela s'ajoutent les débours allégués, par 20 fr., ainsi que la TVA à 8 % sur ces deux montants, par respectivement 196 fr. 95 et 1 fr. 60. Ainsi, l'indemnité d'office allouée à Me Muster pour son activité s'élève au total à 2'680 fr. 55, TVA et débours compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, 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. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en prenant en considération les montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le 4 août 2014.

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 20 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Eric Muster, conseil de B._____, est arrêtée à 2'680 fr. 55 (deux mille six cent huitante francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office 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 :

- Me Eric Muster, avocat (pour B._____),
- 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 :