

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Berberat et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Céline Jarry-Lacombe,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 2, 28a al. 1 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, de nationalité serbe, en Suisse depuis 1989, a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 10 août 2011. Il était employé en tant que coffreur auprès de l'entreprise [...] et était en incapacité entière de travail depuis le 2 mai 2011. Il a indiqué souffrir du dos, des jambes et du bassin. L'atteinte existait depuis 2008 sous forme de petite douleur, allant s'aggravant jusqu'en 2011.

Dans un rapport du 22 août 2011, le Dr V. _____, médecin praticien en chirurgie orthopédique au Centre [...], retenait les diagnostics de lombo-pygalgies avec sciatalgies gauches intermittentes dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires bas, ainsi que de déconditionnement physique et psychique. Il envisageait une reprise de l'activité habituelle à 100 % dans un délai de trois à six mois et mentionnait à titre de limitations fonctionnelles l'abstention de postures statiques, de port de charges au-delà de 10 kg de sol-taille, de travail en plan horizontal et recommandait l'évitement du stress.

Il ressort d'un IRM lombaire effectué le 30 mai 2011 que l'assuré présentait un débord discal canalaire postéro-latéral L5-S1 droit, sans hernie discale (cf. rapport du 7 juin 2011 des Drs [...] et [...]). La description de l'IRM était la suivante :

« A l'étage L4-L5, discopathie avec un étalement discal global postérieur central et foraminal gauche (image 7 coupes sagittales). Respect des espaces graisseux épiduraux antérieurs droit et gauche. Pas d'empreinte sur le fourreau dural.

A l'étage L5-S1, discopathie avec un affaissement de l'espace intersomatique. Etalement discal global postérieur avec un débord disco-ostéophytique pré-foraminal soulevant le plan ligamentaire (image 7 coupes sagittales T1), à l'origine d'un rétrécissement du récessus latéral L5-S1 droit et d'un contact avec la racine L5 droite. Cependant pas de hernie discale. Pas de canal lombaire étroit constitutionnel.

Pas d'élément net pour des phénomènes dégénératifs arthrosiques au niveau des articulaires postérieurs.

Absences de kyste arthro-synovial à développement canalaire ou d'hyperthrophie des ligaments jaunes.

Involution graisseuse en hypersignal T2, T1, de type Modic II des plateaux vertébraux de L5-S1.

Bonne trophicité des muscles para-lombaires.

Pour mémoire, morphologie et signal normaux du cône médullaire terminal. »

L'assurance perte de gain de l'assuré a remis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un rapport d'expertise rédigé le 8 septembre 2011 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier retenait, sur la base des dossiers d'assurance et radiologique de l'assuré, ainsi que d'un examen et d'un entretien avec l'intéressé en présence d'une interprète, le diagnostic de lombosciatalgies gauches sur discarthrose L5-S1 (M54.8). L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, de même que dans toute activité pénible. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, avec les mesures d'épargne vertébrale habituelles, soit sans port de charges au-delà de 10 kg, sans travaux lourds et en position alternée assis-debout.

Dans un avis médical du 9 novembre 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était ou devait sous peu être entière.

L'OAI a rendu un projet de décision le 4 janvier 2012 retenant une pleine capacité de travail dès le 8 septembre 2011 (date de l'expertise du Dr R._____) dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, soit éviter les positions prolongées immobiles debout et assis, les postures prolongées en porte-à-faux du tronc et le port de charges de plus de 10 kg. Le revenu sans atteinte à la santé était de 68'736 fr., vu les renseignements donnés par l'employeur, tandis que le revenu avec invalidité, déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires et tenant compte d'un abattement de 10 %, était de 55'780 francs. Il résultait de la comparaison de ces revenus un taux

d'invalidité de 18.85 %, ce qui ne donnait pas droit à une rente. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré de son droit à l'aide au placement. Sans nouvelle de l'intéressé à ce propos, malgré un rappel, l'OAI a clôturé son mandat de placement.

L'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente le 21 février 2012, identique au projet précité. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.

B. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 25 février 2014, indiquant avoir mal au dos et aux jambes. Il n'avait pas repris d'activité lucrative. L'OAI est entré en matière sur le fond.

Dans un rapport médical du 2 avril 2014, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, a confirmé l'existence de troubles lombaires, soit une lombalgie chronique récurrente dans le contexte de discopathies L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale modérée, réaction de type Modic 2 au niveau des plateaux vertébraux L5 et S1. Il a ajouté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant rachidien et des membres inférieurs. Son patient était entièrement incapable de travailler depuis mai 2011 et l'évolution était défavorable. Les différentes modalités thérapeutiques n'avaient apporté aucune amélioration. Ce médecin avait établi des certificats médicaux successifs attestant de l'incapacité totale de travail de son patient depuis le 20 avril 2012.

Dans un avis du 21 mai 2014, le SMR a jugé nécessaire d'interroger le Dr K._____ afin de savoir si la situation ostéoarticulaire s'était aggravée par rapport à ce que montrait l'IRM lombaire du 30 mai 2011. Il s'agissait également de se renseigner auprès du Dr B._____, médecin traitant de l'assuré, sur un éventuel suivi psychiatrique.

Par retour de formulaire du 22 mai 2014, le Dr B._____ a indiqué qu'aucun avis spécialisé psychiatrique n'avait été demandé.

Le Dr K._____ a remis à l'OAI un rapport d'IRM lombaire et des sacro-iliaques du 6 février 2013, dont la conclusion était la suivante :

« Ce bilan démontre des discopathies avec des disques en protrusion postérieure médiane et paramédiane en D12-L1 et L1-L2. Discopathie L4-L5 mais essentiellement L5-S1 avec une protrusion discale modérée, mais pas d'image de conflit radiculaire, de canal lombaire étroit. A mentionner uniquement un caractère inflammatoire chronique avec une réaction de type Modic 2 au niveau des plateaux vertébraux L5 et S1. Articulation sacro-iliaque en ordre, sans signe de sacro-iliite. »

Dans un rapport du 17 juin 2014, le SMR a retenu ce qui suit :

« [...] L'IRM lombaire du 06.02.2013 [...] montre un débord discal postérolatéral essentiellement L5-S1 D [droite] sans hernie discale [...]. Ces images sont superposables à celles de l'IRM lombaire du 30.05.2011 effectuée par le Dr [...] radiologue et décrite par le Dr R._____ dans son rapport d'expertise à [la] page 5. Le Dr K._____ mentionne un trouble somatoforme douloureux. Nous interprétons ce diagnostic psychiatrique comme la description d'une discordance entre éléments objectifs et ressenti de l'assuré. Le Dr R._____ ayant décrit ce type de situation en 2011, il s'agit comme une description différente de faits similaires [sic].

Au vu de ces éléments nous ne retenons pas d'aggravation par rapport à septembre 2011.

Nous confirmons une CT [capacité de travail] totale dans une activité adaptée aux mesures d'épargnes du rachis dès septembre 2011, date de l'expertise du Dr R._____ et telle que retenues dans notre avis médical du 09.11.2011. »

L'OAI a rendu un projet de décision le 8 octobre 2014 confirmant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité légère, pas de port de charge régulier de plus de 10 kg, pas de positions prolongées plus de 30 minutes debout ou assis, pas de postures prolongées en porte-à-faux avec le rachis lombaire), pratiquement identiques aux limitations retenues dans la précédente procédure. Il a constaté que les conclusions de la décision du 21 février 2012 restaient pleinement valables.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 29 octobre 2014 rappelant pour l'essentiel que des certificats médicaux prouvaient son invalidité.

Le 17 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de reclassement et de rente d'invalidité au contenu similaire au projet.

C. M._____ a recouru contre la décision précitée le 15 décembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la mise en œuvre d'un complément d'instruction et revendiquant implicitement le droit à des prestations. Invité à motiver son recours, le recourant a produit, le 8 janvier 2015, le rapport d'un IRM effectuée le 24 décembre 2014, signé par le Dr O._____, spécialiste en radiologie, qui concluait à l'existence d'une protrusion discale circonférentielle étagée L4-L5, plus marquée en L5-S1 surtout du côté droit et pouvant être à l'origine d'une irritation radiculaire bilatérale, ainsi qu'à la présence d'une discrète arthrose postérieure en L5-S1.

Par réponse du 16 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a produit un rapport du SMR du 24 mars 2015 concluant que l'IRM du 24 décembre 2014, comparé à celui du 6 février 2013, ne permettait pas d'attester une aggravation significative de l'état de santé du recourant.

Par réplique du 4 juin 2015, le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, a précisé sa position, requérant en premier lieu la mise en œuvre d'une expertise neutre avec l'assistance d'un interprète. Il a ensuite conclu à l'annulation de la décision attaquée et principalement à l'octroi de mesures de reclassement lui permettant de retrouver une activité lucrative adaptée, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité, plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans les écritures subséquentes.

Pour le surplus, les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

D. Par décisions des 10 mars et 14 avril 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens d'une exonération d'avance et de frais judiciaires et de l'assistance d'office de Me Céline Jarry-Lacombe avec effet au 7 avril 2015. Le recourant a par ailleurs été astreint à verser une franchise mensuelle de 50 fr. à compter du 1^{er} mai 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

Est litigieuse la question de savoir si depuis la décision rendue par l'intimé le 21 février 2012, l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 est définie 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année,

il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). 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 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 et 4).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force,

lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (art. 8 LPGA), l'impotence (art. 9 LPGA) 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'al. 2 sont remplies (al. 3).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2). Si elle 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 (TFA I 238/03 du 30

décembre 2003 consid. 2). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, le tribunal ne contrôle pas si les conditions de l'entrée en matière selon l'art. 87 RAI étaient remplies (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

c) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2).

d) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 2b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en

considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

4. a) En l'espèce, le rapport IRM sur lequel le recourant fonde l'essentiel de son argumentation se réfère à un examen du 24 décembre 2014, soit postérieur à la décision litigieuse. En conséquence, il ne devrait pas être tenu compte de cette pièce dans le cadre de l'examen du recours.

Il convient néanmoins d'examiner les griefs du recourant fondés sur cet IRM dans la mesure où cet examen ne permet pas de dater la survenance de l'irritation radiculaire bilatérale observée.

Preliminaires, on observera que les rapports IRM de 2013 et 2014 font tous deux mention d'une discopathie au niveau de L4-L5 et L5-S1 avec une protrusion discale, le rapport IRM de 2014 évoquant encore une discrète arthrose postérieure en L5-S1. Ces atteintes étaient déjà connues en 2011. Plus particulièrement, le rapport IRM du 30 mai 2011 fait notamment état en L4-L5 d'une discopathie avec un étalement discal global postérieur central et foraminal gauche et en L5-S1 d'une discopathie avec affaissement intersomatique et étalement discal global postérieur avec un débord disco-ostéophytique pré-foraminal soulevant le plan ligamentaire, à l'origine d'un rétrécissement du récessus latéral L5-S1 droit et d'un contact avec la racine L5 droite. Dans son expertise le Dr R._____ cite cet IRM en retenant une discopathie L4-L5 modérée et en L5-S1 une discarthrose prononcée avec rétrolisthésis de L5 sur S1.

La comparaison de l'IRM de 2011 avec ceux de 2013 et 2014 ne révèle donc aucune atteinte vertébrale nouvelle au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1. Certes, l'IRM de 2013 fait mention de discopathies en D12-L1 et L1-L2, lesquelles n'avaient pas été mises en évidence par l'IRM de 2011. Il s'agit en l'occurrence de disques diminués de signal en légère protrusion postérieure mais dans un canal lombaire non rétréci. Ces discopathies intéressent néanmoins la charnière lombaire,

donc entrent dans les lombalgies déjà alléguées par le recourant en 2011. Elles ne sont de surcroît pas retrouvées dans l'IRM de 2014. On ne saurait par conséquent retenir une aggravation des lombalgies de par la seule mention des discopathies D12-L1 et L1-L2 dans l'IRM de 2013.

Quant au Dr K._____, il fait mention dans son rapport du 2 avril 2014 d'une lombalgie chronique récurrente dans le contexte de discopathies L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale modérée. Il s'agit d'atteintes déjà connues. Ce praticien relève également une réaction de type Modic 2 au niveau des plateaux vertébraux L5 et S1, mise en évidence par l'IRM de 2013. Bien que citée pour la première fois, cette réaction s'inscrit dans la discopathie L5-S1, déjà connue.

S'agissant de l'irritation radiculaire bilatérale, que le recourant considère comme un élément nouveau, le rapport IRM de 2014 est affirmatif quant à son existence dans la partie description mais est réservé au stade de la conclusion en considérant que la protrusion discale pourrait être à l'origine de cette irritation. A l'aune de la vraisemblance prépondérante, ce rapport IRM ne saurait à lui seul permettre de retenir une atteinte nouvelle. Par ailleurs, l'expert R._____ a déjà retenu à titre de diagnostic des lombosciatalgies gauches sur disarthrose L5-S1 et les médecins traitants de l'assuré ont quant à eux diagnostiqué en leur temps des lombosciatalgies bilatérales (cf. rapport du Dr V._____ du 22 août 2011, de même qu'un rapport médical du Dr B._____ du 25 août 2011). Etant rappelé que la sciatalgie est définie comme une irritation du nerf sciatique ou d'une de ses racines et dans la mesure où le rapport IRM de 2014 ne révèle pas d'atteinte vertébrale autre que celle déjà connue en L4-L5 et L5-S1, il n'y a là rien de nouveau.

b) Le recourant relève que le SMR, dans son rapport du 24 décembre 2014, considère cette atteinte comme « une trouvaille fortuite sans signification clinique ». Selon lui, l'appréciation du SMR est juridique et non médicale.

Il est cependant évident qu'il s'agit d'une appréciation médicale. L'IRM ayant révélé cette possible irritation alors que cet examen a été initialement requis pour des lombalgies chroniques et des gonalgies, la mention d'une « trouvaille fortuite » faisait sens. Le constat d'absence de signification clinique ne peut par ailleurs émaner que d'un médecin.

c) L'IRM de 2014 a également été requise pour des gonalgies dont on ignore la date d'apparition. Peu importe en l'occurrence, car le rapport conclut à des radiographies de genoux dans les limites de la norme, sans signe de gonarthrose, avec des espaces articulaires respectés, sans ostéophytose ni chondrocalcinose. Ainsi, si atteinte il y avait, elle ne saurait être incapacitante.

d) Concernant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant rachidien et des membres inférieurs, il est tout d'abord rappelé que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65),

des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les

informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

En l'espèce, aucun élément au dossier ne permet d'écarter l'avis du SMR du 17 juin 2014, qui considère le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant rachidien et des membres inférieurs évoqué par le Dr K. _____ comme la description d'une discordance entre éléments objectifs et ressenti du recourant. Ce dernier ne bénéficie d'aucun traitement psychiatrique et il ne ressort pas du dossier qu'un tel traitement aurait été préconisé, ni envisagé par un autre médecin que le Dr K. _____, plus particulièrement par le Dr B. _____, médecin traitant du recourant depuis 2011. Ce diagnostic émane en outre d'un rhumatologue et non d'un psychiatre et le Dr K. _____ ne précise pas sur quels critères il s'est fondé pour retenir une telle atteinte, qui n'est au demeurant pas formulée selon la terminologie d'un système de classification reconnu tel que la CIM-10. Il est finalement observé que le Dr K. _____ relève lui-même un bon état général de son patient en dépit d'une présentation algique lors de l'examen clinique, patient qui avait déjà été décrit comme démonstratif par le Dr V. _____ dans son rapport du 22 août 2011, et comme ayant un comportement d'invalidé par le Dr R. _____ dans son rapport du 20 septembre 2011 (réponse à la question n° 10). Cela étant, en l'absence d'un diagnostic posé selon les règles de l'art et au vu des éléments concordants quant à la présence de signes d'exagération, l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé psychique ne saurait être retenue.

5. a) Le recourant avance que le fait qu'il n'ait pas été assisté par un interprète lors des anciennes investigations de l'intimé, alors qu'il ne maîtrise pas bien le français, contribue à enlever toute force probante aux avis médicaux du SMR. De tels griefs sortent du cadre du litige et auraient dû être soulevés à l'occasion de l'instruction de la première demande de prestations (cf. supra consid. 2). On observe par ailleurs que les avis médicaux du SMR se fondent essentiellement sur les rapports IRM, de sorte que l'on ne voit pas en quoi le recourant aurait dû être assisté d'un interprète.

b) Concernant la requête d'expertise judiciaire du recourant, il est rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

Il faut en l'espèce considérer que la mise en œuvre d'une expertise s'avère manifestement superflue, l'intimé ayant procédé à l'ensemble des investigations utiles en recueillant exhaustivement les informations récentes disponibles auprès des médecins en charge du recourant, informations qui n'ont pas mis à jour d'élément nouveau significatif. Au surplus, une expertise complémentaire ne serait pas de nature à apporter un éclairage différent des problèmes de santé objectivement décelés auprès du recourant, ni de leurs conséquences. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, les rapports médicaux aux dossiers ne sont pas contradictoires. En effet, les médecins traitants de l'intéressé, en particulier les Drs K._____ et O._____, n'évoquent pas une aggravation de l'état de santé depuis 2012, mis à part

la mention d'un trouble somatoforme douloureux, en faveur duquel il n'existe pas d'indice suffisant pour justifier une instruction complémentaire. La requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire est ainsi rejetée.

6. Le recourant considère par ailleurs impossible de trouver une activité adaptée sans bénéficier d'une mesure de reclassement, au vu des limitations fonctionnelles qui le concernent, de son absence de formation reconnue en Suisse et de sa compréhension difficile du français. Compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au recourant et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). L'absence de formation du recourant et sa faible compréhension de la langue française n'empêchent pas l'exercice d'une activité professionnelle simple et répétitive.

Les limitations fonctionnelles que présente le recourant ne s'étant pas modifiées, les données du calcul du degré d'invalidité effectué à l'occasion de la décision du 21 février 2012 peuvent être reprises. Le salaire de référence concernant le revenu d'invalidité est ainsi celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2012, 5'210 fr., 12 x l'an. Adapté au nombre d'heures de travail moyen en 2012, soit 41.7, et tenant compte de l'indexation (0.7 % en 2013 et 0.8 % en 2014) et d'un taux d'abattement de 10 %, le revenu d'invalidité se monte à 59'542.57 fr. l'an. Le revenu sans invalidité, déterminé sur la base des informations données par le dernier employeur du recourant, soit 68'736 fr., se monte à 70'329 fr., après indexation. Il résulte de la comparaison de ces revenus une perte de gain de 10'786 fr. 50, et ainsi un taux d'invalidité de 15.34 %. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 ; 8C_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4). Le

degré d'invalidité du recourant est dès lors insuffisant pour lui ouvrir un droit aux mesures de réadaptation. Il convient par ailleurs de souligner que la mesure d'aide au placement accordée au recourant le 4 janvier 2012 a été déclinée par l'intéressé.

7. La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (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 a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une 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 fédéral 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 ; celle-ci est en effet 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. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que le recourant 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 (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant a obtenu la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Céline Jarry-Lacombe à compter du 7 avril 2015 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). La rémunération de l'avocat d'office est en l'espèce provisoirement supportée par le canton. Il incombe au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des

montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Le 2 novembre 2015, Me Jarry-Lacombe a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 2 avril 2015 au 2 novembre 2015. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, pour un conseil qui n'a pas été consulté au stade de la procédure administrative, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 12.40 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 166 fr. 40 et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'590 fr. 25 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 novembre 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 Céline Jarry-Lacombe, conseil du recourant, est arrêtée à 2'590 fr. 25 (deux mille cinq cent

nonante francs et vingt-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 Céline Jarry-Lacombe, avocate (pour M. _____),
- 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 :