

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Thalmann et Brélaz Brillard, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Georges Reymond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a chuté d'un toit le 24 novembre 1997 alors qu'il travaillait comme aide-couvreur. Il a subi une fracture stable de D11 et une fracture instable de L1, qui ont été traitées par spondylodèse D12-L2 le 25 novembre 1997. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) a pris en charge le cas, y compris les rechutes qui ont suivi. Par décision du 15 février 2000, la CNA a notamment considéré que, au regard des appréciations médicales, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans des activités légères, ne sollicitant pas le dos et ne demandant qu'un port occasionnel de charges d'un poids maximal de 10 kg.

A l'occasion d'une rechute, l'assuré a séjourné du 17 novembre au 7 décembre 2004 à la Clinique de réadaptation Z._____. Les médecins de cet établissement ont précisé, dans leur rapport du 6 décembre 2004, que l'activité de ferrailleur, ou toute autre activité lourde, était désormais exclue. En revanche, une activité légère à moyennement lourde pouvait quant à elle être exercée toute la journée, moyennant une alternance des positions (marche, position debout, position assise).

Le 18 avril 2007, à l'occasion d'une nouvelle rechute, l'assuré a été examiné par le médecin-conseil de la CNA, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a conclu à l'absence d'aggravation par rapport à la situation prévalant en 2000, la capacité de travail de l'intéressé restant entière dans une activité adaptée.

B. Le 21 juin 2007, l'assuré a chuté et s'est blessé au dos alors qu'il travaillait sur un chantier comme ferrailleur. Cet événement a également été pris en charge par la CNA.

La CNA a soumis le cas de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le Dr Q. _____ spécialiste en chirurgie, qui a examiné l'intéressé le 15 novembre 2007. Dans son rapport y relatif du même jour, ce praticien a conclu que l'impression qui prévalait était que l'accident du 21 juin 2007 n'avait pas entraîné grand-chose, mais l'arrêt de travail qui s'en était suivi avait déconditionné à nouveau l'assuré.

Du 11 au 28 décembre 2007, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de réadaptation X. _____ en vue d'une rééducation fonctionnelle. Dans un rapport du 10 janvier 2008, les médecins de cet établissement ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles ainsi que les diagnostics secondaires de dorsolombalgies chroniques irradiant dans les membres inférieurs, de cervicalgies chroniques, de cyphose D11-L2 (séquelle post-traumatique), de fractures de D11 et L1 en 1997 suivies d'une ostéosynthèse D12-L2 puis d'une AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse) en 1998, et de discret rétrolisthésis L2-L3 d'origine dégénérative. Des céphalées chroniques de tension avec possible composante médicamenteuse et une obésité de stade II étaient citées à titre de co-morbidités. Selon ces mêmes médecins, des IRM (imageries par résonance magnétique) lombaires pratiquées les 15 janvier et 26 juin 2007 montraient des anomalies identiques et il n'y avait pas de nouvelle fracture. Les clichés standards mettaient en évidence quelques troubles dégénératifs au niveau L2-L3 (spondylose et discret rétrolisthésis sans instabilité mesurable). A l'examen clinique du consilium neurologique, on relevait des incohérences et des douleurs qui n'étaient pas reproductibles. L'examen et l'ENMG (électroneuromyographie) ne montraient pas de signe en faveur d'une atteinte médullaire, radiculaire, tronculaire ou plexulaire. La longue durée des céphalées sans changement de caractère et la normalité de l'examen neurologique parlaient contre des céphalées symptomatiques. Les médecins de la Clinique de réadaptation X. _____ ont noté en outre que l'assuré s'auto-limitait dans tous les mouvements et tous les tests et que, à deux reprises, ils avaient observé un passage spontané rapide de la position couchée à assise, sans l'aide des mains. Par ailleurs, il ressort du consilium psychiatrique que la thymie était discrètement diminuée, mais sans ralentissement

psychomoteur. L'assuré rapportait une perte de plaisir et d'intérêt dans certaines de ses activités. Il se disait inquiet pour son avenir professionnel et rapportait un sentiment d'injustice par rapport à son licenciement. Ce consilium concluait à quelques éléments anxio-dépressifs mais de degré modéré, n'atteignant pas un seuil diagnostique. On notait une surcharge psychique en raison de son licenciement, de l'absence de soutien de l'employeur, de problèmes financiers et d'un avenir flou. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait pas de proposition particulière, l'assuré n'en demandant pas et se montrant réticent à toute prescription médicamenteuse pour des troubles du sommeil. Au vu de l'ensemble de ces éléments, rien ne permettait donc d'affirmer que le traumatisme du 21 juin 2007 avait aggravé durablement l'atteinte à la santé pré-existante. Une incapacité de travail totale n'était reconnue que pour la durée du séjour.

C. Le 26 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), déclarant souffrir de maux de dos depuis son accident du 21 juin 2007.

Le 10 mars 2008, l'assuré a à nouveau été examiné par le Dr Q._____, qui a indiqué dans son rapport que l'accident du 21 juin 2007 n'avait pas entraîné grand-chose et qu'il ne développait certainement plus d'effet, relevant que l'intéressé conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 26 mars 2008 à l'OAI, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale qui suivait l'assuré depuis le 10 juillet 2007, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de son patient, existant depuis le 21 juin 2007, de chute sur un chantier avec forte exacerbation des dorsalgies, de statut après fracture instable L1 associée à une fracture stable D11 consécutive à une chute du 24 novembre 1997 avec spondylodèse D12-L1 et AMO en 1998, de discret rétrolisthésis L2-L3 d'origine dégénérative, de dorsolombalgies chroniques irradiant dans les membres inférieurs, de cervicalgies chroniques et de

cyphose D11-L2. Il a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressé dans sa dernière activité de ferrailleur depuis le 21 juin 2007. Dans l'annexe à son rapport, ce praticien a exposé, quant aux limitations fonctionnelles, que l'assuré, depuis juin 2007, ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout, qu'il ne pouvait pas se pencher ou s'accroupir, qu'il pouvait exercer des activités dans différentes positions ou en marchant à raison d'une à deux heures au maximum en raison de l'apparition de douleurs, qu'il pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête mais que cela était douloureux, qu'il pouvait travailler à genoux au maximum pendant 30 minutes, qu'il pouvait effectuer des rotations en position assise ou en position debout avec une limitation des douleurs lors de changement de position, qu'il pouvait soulever et porter des charges limitées à 5 à 10 kg et qu'il pouvait monter sur une échelle ou un échafaudage ainsi que monter des escaliers. Les capacités de concentration et de résistance de l'intéressé n'étaient pas limitées, au contraire de ses capacités de compréhension et d'adaptation en raison de sa scolarité et du langage dès lors qu'il parlait l'allemand et le kosovar mais pratiquement pas le français.

Dans un rapport du 11 mars 2009 au Dr B._____, les Drs C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N._____, qui avaient vu l'assuré en consultation les 22 janvier, 6 février et 24 février 2009, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, léger à moyen, et de trouble douloureux somatoforme. Ils ont discuté le cas en ces termes :

« Nous retenons comme diagnostic principal un épisode dépressif majeur, chronique, léger à moyen, qui se caractérise par les symptômes suivants : humeur triste, irritabilité, baisse du plaisir, baisse de la motivation, difficultés d'endormissement et forte tension interne.

Nous retenons également un trouble douloureux somatoforme. En effet les douleurs présentées par le patient sont au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance significative, altérant le fonctionnement social et professionnel du patient. Des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans l'intensité et la persistance de ces douleurs. Nous ne sommes pas dans un trouble factice, des éléments somatiques sont à l'origine des douleurs, ceux-

ci sont cependant influencés, amplifiés par des facteurs psychologiques. ».

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 17 juin 2009, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie au SMR, a exposé ce qui suit :

« Les Drs C._____ et N._____ retiennent les diagnostics *d'épisode dépressif moyen, léger à moyen (sic)*, et de *trouble douloureux somatoforme*. Ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles psychiatriques.

Ce document appelle plusieurs commentaires :

1. Le consilium a été demandé en raison d'une humeur instable, d'une irritabilité, de troubles du sommeil et de ruminations anxieuses depuis quelques mois. On conclut logiquement que cette symptomatologie est d'apparition récente, et qu'elle n'existait pas auparavant. Nous savons en tous les cas que les manifestations anxio-dépressives n'atteignaient pas le seuil diagnostique lors du séjour à la Clinique de réadaptation X._____ en décembre 2007. Ceci est d'ailleurs admis par les Drs C._____ et N._____ qui ne relèvent aucun antécédent psychiatrique.
2. Le status rapporté par les Drs C._____ et N._____ ne contient pas les critères requis par la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif moyen (2 symptômes cardinaux, plus 3 ou 4 symptômes secondaires). Dans le cas présent, sont décrits une baisse du plaisir, une humeur triste (symptômes cardinaux), et des troubles du sommeil (symptôme secondaire). Ceci ne correspond même pas à un épisode dépressif léger.
3. Le trouble somatoforme est aussi mentionné pour la première fois.
4. Les troubles somatoformes douloureux ne sont pas considérés comme invalidants au sens de l'AI s'ils ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique significative, et/ou des critères de gravité dits de Meyer-Blaser. Dans le cas présent, un épisode dépressif moyen, à plus forte raison léger ou une dysthymie ne constituent pas une comorbidité psychiatrique significative. Il n'y a pas d'indication d'une perte d'intégration sociale (l'assuré décline la proposition de consulter Appartenances en raison de sa bonne intégration à notre pays), ni d'état psychique cristallisé, ni d'échec des traitements conformes aux règles de l'art (l'assuré ne prend pas de traitement psycho-actif).

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de modifier notre position. Une expertise pluridisciplinaire ne s'impose pas. En effet, au plan somatique nous disposons d'une pléthore de rapports spécialisés décrivant très précisément la situation (Z._____, Clinique de réadaptation X._____, etc.). Au plan psychiatrique, le rapport des Drs C._____ et N._____ ne permet pas de retenir

une comorbidité significative. Nous ne voyons pas ce qu'un examen supplémentaire pourrait apporter. ».

Par décision du 23 septembre 2009, confirmant intégralement un projet du 16 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons qu'à la suite d'un nouvel accident survenu le 21 juin 2007 (chute sur un chantier) vous avez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle habituelle de ferrailleur.

Selon le certificat médical final du Dr [...] de la Clinique de réadaptation X._____ du 20 décembre 2007, cet accident n'a pas engendré d'incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée, ni de limitations fonctionnelles supplémentaires depuis votre premier accident survenu le 25 novembre 1997 qui avait provoqué une fracture D11 et L1 avec spondylodèse.

Vous avez bénéficié de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de langue du 9 juin 2008 au 15 août 2008.

Selon le Service médical régional AI (SMR), l'activité de ferrailleur n'est plus adaptée mais votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tient compte de vos limitations fonctionnelles (activité légère à moyennement lourde, permettant une alternance des positions - en marche, stationnaire, assise - sans travail penché en avant ou en rotation du tronc).

Dès lors, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser sans atteinte à la santé comme ferrailleur soit Fr. 55'118.- (salaire revenu (sic) par la SUVA dans sa décision du 25 avril 2007 et indexé pour 2008) avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 100 %.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - 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'invalidé (ATF 126 V 76 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.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006. TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 3,67 % ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'389.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'250.-. En comparant ces revenus, nous constatons que vous ne présentez pas de préjudice économique selon le calcul suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	55'118.00		
avec invalidité	CHF	55'250.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	0.00	=	un degré d'invalidité de 0 %

Nous tenons à préciser qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée.

Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté. (RCC 1978, 65, 1970, 162).

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être lorsque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelle qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20 % environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures de réadaptation professionnelle n'est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. ».

L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans le cadre de cette procédure, il a produit un rapport du 30 mars 2010 du Dr L._____, médecin praticien, qui l'avait vu en consultation les 24 juin, 3 novembre et 3 décembre 2009. Dans ce document, ce praticien a retenu les diagnostics de fracture du corps de D10 remontant à juin 2009, de status après réduction sanglante et ostéosynthèse de D12 à L2 pour fracture instable de L1 et D11 en décembre 1997, de status après AMO en 1998, de discopathie L1-L2 et D12-L1 et de discopathie L5-S1 avec rupture postérieure de l'anneau fibreux. Il a exposé que la fracture fraîche de juin 2009 accompagnée des séquelles du traumatisme de 1997 engendraient un trouble de la statique sous forme d'un cyphose, expliquant clairement les douleurs du patient, à quoi s'ajoutait une discopathie L5-S1 qui pouvait tout à fait provoquer à elle seule des lombalgies basses. Il a relevé que compte tenu du « marasme psychologique » dans lequel il se trouvait et des troubles statiques et dégénératifs, l'intéressé lui semblait actuellement dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle même adaptée.

Dans un avis du 19 mai 2010, le Dr H._____, du SMR a indiqué ce qui suit :

« Le rapport du Dr L._____ rappelle les diagnostics déjà connus. L'examen clinique montre un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire.

Les examens d'imagerie montrent des troubles statiques et dégénératifs dorsolombaires.

Le « marasme psychologique » mentionné par notre Confrère orthopédiste ne correspondant à aucune dénomination connue de la nosologie internationale, nous ne pouvons pas deviner à quoi correspond cette entité. Pour notre part, nous constatons simplement que les psychiatres C._____ et N._____ parlent d'« épisode dépressif moyen, léger à moyen ».

Les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires justifient certainement une incapacité de travail totale dans l'activité de ferrailleur. Le Dr L._____ n'explique pas pourquoi une activité adaptée ne serait pas exigible.

[...]

Il convient d'ajouter que nous n'avons jamais mis en doute la réalité des douleurs de l'assuré, ni leur origine organique. La fracture de D10 apparue en juin 2009 n'ajoute pas de nouvelle limitation fonctionnelle. ».

Par arrêt du 18 octobre 2011, la Cour de céans a confirmé la décision de l'OAI du 23 septembre 2009. En substance, conformément aux avis du Dr Q._____ et des médecins de la Clinique de réadaptation X._____ - dont les constatations se conciliaient avec celles du Dr B._____ - il a été considéré que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de ferrailleur et conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité légère à moyennement lourde, permettant une alternance des positions et sans travail penché en avant ou en rotation du tronc. Les affections psychiques indiquées par les Drs C._____ et N._____ n'ont pas été reconnues comme invalidantes.

Par arrêt du 1^{er} juin 2012, le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'assuré contre l'arrêt de la Cour de céans précité.

D. Le 5 février 2013, le Dr B._____ a écrit à l'OAI que lors de la procédure de recours susmentionnée, l'assuré avait chuté dans les escaliers à plusieurs reprises avec une accentuation de ses douleurs et la mise en évidence d'une nouvelle fracture avec tassement D10 dans

l'année 2010. Il a ajouté que son patient avait été vu dernièrement par le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui préconisait des nouveaux éléments avec une reconnaissance d'une incapacité de travail de 100% dans le domaine de la construction et a transmis un rapport de ce praticien du 28 janvier 2013. Dans ce document, le Dr P._____ a relaté les plaintes de l'intéressé, soit des douleurs intéressant principalement la région lombaire, en barre à caractère mécanique, combinées à des sciatalgies surtout droites, référées le long du versant externe de la cuisse droite, sans aller au-delà du genou, précisant que la position assise était supportée pendant 45 minutes à 1 heure pour autant que l'assuré procède à un ajustement postural, que la verticalisation était gênante, que la position debout immobile était source d'inconfort après 45 minutes, que le périmètre de marche était limité à 1 heure à cause des douleurs lombaires, qu'aucune boiterie ou claudication intermittente n'était décrite et que les activités de port de charges et surtout celles en porte-à-faux étaient mal tolérées. Il a apprécié le cas en ces termes :

« Appréciation :

Monsieur K._____ présente des dorsolombalgies sur troubles statiques persistants après spondylodèse T11-L1, requise pour une réduction sanglante et ostéosynthèse d'une fracture T11 et fracture instable de L1. En différé de l'intervention chirurgicale de 1997, le patient a été confronté à une cyphose thoracique majorée, à un déconditionnement physique et une prise pondérale conséquente, problématique qui n'a guère été accessible malgré un traitement préconisé adapté. A relever encore sur le plan douloureux, qu'aucune irritabilité neuro-méningée n'a été déplorée. En différé ultérieur, on déplore encore la survenue d'une nouvelle fracture traumatique intéressant le corps vertébral de T10, ainsi que l'installation insidieuse d'une discopathie L5-S1 et L2-L3, compatible actuellement avec une micro-instabilité segmentaire. Malgré la survenue d'événements fracturaires, on ne peut retenir une fragilité osseuse anormale. Autrement dit, la violence des traumatismes expliquerait en soi la survenue de ces diverses fractures vertébrales.

Cette conjugaison de facteurs traumatiques et adaptatifs est à l'origine d'une sursollicitation des zones segmentaires adjacentes à la spondylodèse, anormalement sollicitées pour assurer la compensation de l'équilibre axial suite aux séquelles d'une cyphose thoracique post-traumatique. Des troubles dégénératifs discovertébraux se sont insidieusement installés au niveau de la charnière lombo-sacrée et thoraco-lombaire, s'exprimant par un verrouillage des articulations facettaires. La surcharge des colonnes postérieures explique le syndrome douloureux référé au niveau des

membres, sans pour autant incriminer une souffrance neurogène. Il s'agit de douleurs exclusivement d'ordre spondylogène. Comme autres facteurs de risque nous devons relever un défaut de stabilisation du plan musculaire profond, une propension à une sévère hypoextensibilité des érecteurs lombaires, des carrés lombaires, secteurs sous-pelviens postérieurs et antérieurs ainsi qu'on (sic) niveau de l'éventail fessier. Le manque de mobilité fonctionnelle lombo-pelvi-fémorale majeure aussi les contraintes mécaniques référées au niveau du socle lombo-pelvien.

Sur le plan des objectifs futurs, la marge de manœuvre est étroite compte tenu de la faible capacité adaptative fonctionnelle sur le plan physique d'une part, et d'autre part, vu les compétences et capacités du patient qui rendent un reclassement professionnel dans une activité de la construction non réaliste. Dans le passé, le patient s'est investi dans cette recherche de réinsertion professionnelle. Cependant les activités retenues sont restées inadaptées. Actuellement on devrait lui reconnaître une incapacité de travail à 100 % dans la construction. Autrement dit, monsieur K. _____ devrait disposer d'un reclassement dans une activité adaptée lui procurant une capacité de gains aussi proche que possible de celle qu'il avait dans son ancienne profession. A défaut, la révision d'un droit de rente devrait à nouveau être rediscutée au vu de l'aggravation apparue.

Sur le plan thérapeutique, il reste primordial d'insister sur des approches en physiothérapie visant à maintenir un assouplissement vertébral, par thérapie manuelle avec détente de la charpente musculaire. L'accent devrait aussi être porté de manière intensive sur le réveil du contrôle des mécanismes de co-contraction réflexes existants entre le plan musculaire antérieur abdominal et toute la chaîne musculaire profonde para-vertébrale, procédure qui apporterait une sécurité mécanique au niveau intersegmentaire lors d'insuffisance discale.

En cas d'échec après un traitement test de 2 mois, des mesures antalgiques instrumentales pourraient alors être envisagées en débutant par une analyse des éléments facettaires postérieurs.

Cependant de telles mesures devraient être retenues après un éclaircissement sur le plan asséculo-logique. ».

Interpellé par l'OAI, l'assuré a indiqué le 25 février 2013 que le courrier du 5 février 2013 du Dr B. _____ devait être considéré comme une nouvelle demande de prestations.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à la Dresse [...], spécialiste en médecine interne générale au SMR, qui a exposé ce qui suit dans un avis du 23 octobre 2013 :

« **1^{ère} demande 28.02.2008** : cervico-dorso-lombalgies sur D11 et L1 (1997), avec spondylodèse, ablation du matériel d'ostéosynthèse (1998) ; état dépressif léger à moyen ; refus de prestations AI par décision du 23.09 2009 et confirmé par le Tribunal Fédéral le 01 06 2012

2^{ème} demande 05.02.2013 pour aggravation de l'état de santé.

Assuré de 43 ans, aide-couvreur/ferrailleur, victime d'une chute de toit à l'origine des fractures D11 et L1 (instable), ostéosynthésées (1997) et dont la SUVA a reconnu finalement une atteinte à l'intégrité de 15%, allouée depuis le 15.02.2000.

Le 05.02.2013, Dr B._____ à [...], demande la réouverture du dossier en vue de l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente avec reconnaissance d'une incapacité de travail à 100% dans la construction (RM [rapport médical] du 05.02.2013). Le MT [médecin traitant] nous met à disposition une évaluation du Dr P._____ (Clinique [...]), du 28.01.2013.

L'assuré s'est plaint de douleurs intéressant principalement « la région lombaire, en barre, à caractère mécanique, combinées à des sciatalgies surtout droites ; la position assise est supportée 45 minutes à 1 heure pour autant qu'il procède à un ajustement postural ; la verticalisation est gênante, la position debout immobile est source d'inconfort après 45 minutes » ; à relever encore que sur le plan douloureux aucune irritabilité neuroméningée n'a été déplorée. On note toutefois une nouvelle fracture traumatique intéressant le corps vertébral de D10 ainsi que l'installation insidieuse d'une discopathie L5-S1 et L2-L3 compatible actuellement avec une micro-instabilité segmentaire

Le rapport du Dr P._____ rappelle les diagnostics déjà connus, l'examen clinique montre un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire sans souffrance neurogène ; il s'agit de douleurs exclusivement d'ordre spondylogène (un discret listhesis L2-L3 d'origine dégénérative était déjà connu en 2007, l'IRM lombaire du 26 06.2007, bien superposable à l'IRM du 15.01.2007).

Le Dr B._____ parle d'une accentuation des douleurs et la mise en évidence d'une nouvelle fracture tassement D10 dans l'année 2010. Selon l'Avis médical SMR du 19.05.2010 la fracture D10 est apparue en juin 2009 et « n'ajoute pas de nouvelles limitations fonctionnelles » (Dr H._____); la violence des traumatismes (chute 1997, chute 2007), expliquerait en soi la survenue de cette fracture vertébrale et les troubles dégénératifs disco-vertébraux qui se sont insidieusement installés au niveau de la charnière lombo-sacrée et thoraco-lombaire.

Après une étude attentive du dossier et des documents mis à disposition par le médecin traitant, le Dr B._____, on peut constater que les seules plaintes de l'assuré sont les douleurs intéressant principalement la région lombaire, de caractère mécanique combinées à des sciatalgies surtout droites, référées le long du versant externe de la cuisse droite, sans atteinte neurogène.

Les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires justifient certainement une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-couvreur, de ferrailleur ou toute autre activité ne les (sic) respectant pas les LF [limitations fonctionnelles] Toutefois, dans une activité adaptée en respectant ces limitations (activité légère permettant une alternance de position en marche, stationnaire, assise, sans travail penché en avant ou en rotation du tronc, déplacement sur un terrain accidenté), la CT [capacité de travail] de notre assuré est entière Les éléments nouveaux présentés par K. _____ ne permettent pas de les retenir en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis le dernier avis SMR du 19 05 2010. ».

Dans un projet de décision du 15 juillet 2014, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et que les éléments produits constituaient uniquement une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 15 septembre 2014, l'assuré a formulé une objection de principe au projet précité. Il a précisé sa position le 15 avril 2015, concluant à l'octroi d'une rente. Il a exposé que le rapport du Dr P. _____ du 28 janvier 2013 mettait clairement en évidence une aggravation de son état de santé, se référant intégralement au 3^e paragraphe de l'appréciation de ce praticien.

Par décision du 4 mai 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 15 juillet 2014 et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Dans le courrier d'accompagnement de cette décision, il a expliqué à l'intéressé, d'une part, que la décision du 23 septembre 2009 retenait déjà que son activité habituelle n'était plus adaptée et que les conditions d'octroi de mesures de réadaptation n'étaient pas remplies et, d'autre part, que le SMR relevait que selon les documents médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande, les seules plaintes étaient des douleurs intéressant principalement la région lombaire, de caractère mécanique, combinées à des sciatalgies surtout droites, référées le long du versant externe de la cuisse droite, sans atteinte neurogène et les limitations fonctionnelles demeuraient identiques à celles mentionnées dans la décision du 23 septembre 2009.

E. Par acte du 8 juin 2015, K._____, représenté par Me Georges Reymond, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen. Il a soutenu que les documents médicaux produits mettaient clairement en évidence une aggravation de son état de santé, soit, d'une part, une accentuation de ses douleurs et la mise en évidence d'une nouvelle fracture avec tassement D10 en 2010 selon le Dr B._____ et, d'autre part, notamment des dorsolombalgies sur troubles statiques persistants après spondylodèse T11-L1, la survenance d'une nouvelle fracture traumatique intéressant le corps vertébral de T10 et l'installation d'une discopathie L5-S1 et L2-L3 selon le Dr P._____. A titre de mesures d'instruction, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise et la tenue d'une audience. Il a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 23 juillet 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 juillet 2015, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Reymond.

Dans sa réponse du 8 septembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 4 mai 2015. Il a exposé que les Drs B._____ et P._____ mettaient l'accent sur l'incapacité de travail totale du recourant dans l'activité physiquement lourde exercée antérieurement, incapacité reconnue de longue date, et qu'aucun élément ne permettait de constater que les aggravations alléguées avaient des répercussions négatives supplémentaires sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'est référé au rapport du SMR du 23 octobre 2013.

Par réplique du 18 février 2016, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une

expertise et a requis l'audition de témoins, soit son épouse, les Drs B._____ et P._____ et deux autres praticiens assurant son suivi psychiatrique.

Dans sa duplique du 9 mars 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. S'agissant des mesures d'instructions requises, il a relevé qu'elles n'avaient pas lieu d'être dès lors qu'il s'agissait d'examiner l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) 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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait la révision de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 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, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence doit 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une

aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (*cf.* ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; *cf.* art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (*cf.* art. 5 al.

3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ;

TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

d) On précisera que 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, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 23 septembre 2009 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 4 mai 2015 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 23 septembre 2009. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Dans ce prolongement, et dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, les mesures d'instruction requises par le recourant ne peuvent pas être mises en œuvre.

a) La décision du 23 septembre 2009 refusant au recourant le droit à des prestations retenait que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de ferrailleur, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité légère à moyennement lourde, permettant une alternance des positions (en marche, stationnaire, assise), sans travail penché en avant ou en rotation du tronc. Ces éléments correspondaient aux appréciations des Drs Q. _____ et B. _____ ainsi que des médecins de la Clinique de réadaptation X. _____. Le recourant souffrait alors notamment de cervico-dorso-lombalgies sur D11 et L1 en raison de son accident de 1997. L'accident du 21 juin 2007 ainsi que le discret rétrolisthésis L2-L3 d'origine dégénérative et les discopathies L1-L2, D12-L1 et L5-S1 apparus par la suite n'avaient pas engendré d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà relevées. Il en allait de même de la fracture du corps de D10 survenue en juin 2009.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant se prévaut des rapports des Drs P. _____ et B. _____ des 28 janvier et 5 février 2013.

Le Dr P. _____ a exposé que l'intéressé présentait des dorsolombalgies sur troubles statiques persistants après spondylodèse T11-L1, relevant la survenue d'une nouvelle fracture traumatique intéressant le corps vertébral de T10 ainsi que l'installation de troubles dégénératifs discovertébraux L5-S1 et L2-L3. Il a relaté, s'agissant des plaintes, des douleurs intéressant principalement la région lombaire, relevant que la position assise était supportée pendant 45 minutes à 1 heure pour autant que le recourant procède à un ajustement postural, que la verticalisation était gênante, que la position debout immobile était source d'inconfort après 45 minutes, que le périmètre de marche était limité à 1 heure à cause des douleurs lombaires et que les activités de port de charges et surtout celles en porte-à-faux étaient mal tolérées. Il a exposé que sur le plan douloureux, aucune irritabilité neuro-méningée n'était à déplorer. Il en a conclu qu'un reclassement professionnel dans

une activité de la construction était non réaliste et que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans la construction.

Quant au Dr B._____, il a fait état d'une accentuation des douleurs et la mise en évidence d'une nouvelle fracture avec tassement D10 en 2010. Il n'a toutefois pas expliqué en quoi ces éléments affectaient l'état de santé, respectivement la capacité de travail, de son patient.

b) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

Le rapport du Dr B._____ est insuffisamment étayé et n'explique pas l'accentuation des douleurs alléguée. Quant à la nouvelle fracture avec tassement D10 en 2010, elle semble en fait correspondre, conformément à l'avis du SMR du 23 octobre 2013, à la fracture du corps de D10 datant de juin 2009 décrite par le Dr L._____ dans son rapport du 30 mars 2010. Or, selon le rapport du SMR du 19 mai 2010, cette fracture n'a pas ajouté de nouvelles limitations fonctionnelles à celles déjà retenues dans la décision du 23 septembre 2009.

Quant au rapport du Dr P._____, il rappelle des affections dorsolombaires déjà prises en compte lors de la décision précitée. Dans l'exposé des plaintes, il a relaté en substance les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues dans cette décision. En outre, la conclusion de ce praticien est que l'intéressé présente une incapacité de travail totale dans le domaine de la construction, soit sa dernière activité, ce qui correspond à ce qui avait été retenu dans ladite décision. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, celui-ci n'ayant

pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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 de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office de l'intéressé, Me Reymond a produit une liste de ses opérations le 24 novembre 2016, faisant état d'un temps consacré au dossier de 5,64 heures. Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat. Il convient également d'y ajouter une indemnité forfaitaire de 100 fr. à titre de débours (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité d'office de Me Reymond s'élève dès lors à 1'204 fr. 40 ([5,64 heures x 180 fr.] + 100 fr. + TVA 8%).

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ces montants dès qu'il est 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 remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 4 mai 2015 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.** L'indemnité d'office de Me Georges Reymond est arrêtée à 1'204 fr. 40 (mille deux cent quatre francs et quarante centimes), TVA et débours compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Georges Reymond (pour K. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :