

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2019

Composition : M. NEU, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par DAS Protection juridique SA, à Etoy,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 let. b et c LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de famille, est de nationalité turque. En Suisse depuis le [...] et sans formation professionnelle, il a occupé divers emplois de manière temporaire dont en dernier lieu celui de magasinier (préparateur de commandes) auprès de D._____, à [...] (GE), du 1^{er} octobre 2003 au 31 janvier 2007. A l'arrêt depuis le 24 juillet 2006, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 24 novembre 2006 (rente), faisant état de maux de dos persistants (lombo-sciatalgies droites irritatives non déficitaires dans un contexte de discopathies L5-S1 et L4-L5 et hernie discale L5-S1 latérale droite ; rapport du 4 décembre 2006 du Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, rapport du 5 octobre 2006 du Dr Q._____ et rapport du 28 août 2006 du Dr B._____, tous deux spécialistes en médecine interne et en rhumatologie).

Après avoir recueilli les renseignements usuels auprès des médecins consultés, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 25 janvier 2008, rejeté la demande de prestations. Bénéficiant notamment, depuis 2006, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne rachidienne, activité légère et sédentaire ou semi-sédentaire), le degré d'invalidité de l'assuré de 0,4 % ne lui ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 29 février 2008, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes (rente) en indiquant sous le genre de l'atteinte « trouble per fusionnel artériel de l'œil droit » depuis le 14 avril 2006.

Après avoir recueilli les renseignements usuels auprès des médecins consultés, l'OAI a requis l'avis de la Dresse F._____, médecin

au Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, laquelle a résumé la situation comme suit :

“2^{ème} demande pour une affection visuelle. La 1^{ère} demande était pour une problématique ostéo-articulaire et a été notifiée par un refus.

Selon les données médicales, il ressort que cet assuré, ayant travaillé comme magasinier, présente des lombo-sciatalgies droites irritatives non déficitaires qui ont fait l'objet de nombreuses investigations et consultations spécialisées. L'IT [incapacité de travail] dans l'activité de magasinier a été reconnue. La CT [capacité de travail] dans une activité adaptée avec épargne du rachis est de 100%.

Sur le plan ophtalmologique, il ressort que l'assuré a présenté deux affections, la 1^{ère} (épithéliopathie rétinienne diffuse bilatérale avec atteinte centrale à l'œil droit) remontant à 2006, sans atteinte de l'acuité visuelle et alors sans répercussion sur la CT. La 2^{ème} (troubles vasculaires rétiens artériels avec atteinte du champ visuel) engendre des LF [limitations fonctionnelles] depuis le 06.08.2007, avec diminution de l'acuité visuelle centrale et du champ visuel. Selon les ophtalmologues, l'IT est totale comme chauffeur poids lourds. Par contre la CT est entière dans une activité qui permet de tenir compte de ces limitations.

Il est fait mention d'un état anxiodépressif réactionnel par le médecin traitant qui n'est pas à considérer comme invalidant au sens de l'AI.

En conclusion, la CT dans l'activité de magasinier, chauffeur poids lourds est nulle depuis le 24.07.2006. La CT dans une activité adaptée est de 100% dès cette date. Les LF à considérer sont : épargne du rachis, diminution du champ visuel.”

L'OAI a, par décision du 20 octobre 2008, rejeté la nouvelle demande de rente de l'assuré. Bénéficiant, entre autres, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne du rachis et diminution du champ visuel), le degré d'invalidité de l'intéressé de 0,4 % ne lui ouvrirait toujours pas le droit à une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Le 4 novembre 2013, L. _____ a procédé au dépôt d'une troisième demande de prestations AI pour adultes, démarche motivée par une aggravation de l'atteinte rachidienne (hernie discale).

En totale incapacité de travail depuis le 23 janvier 2013, l'assuré s'est soumis, le 15 octobre 2013, à une hémilaminectomie L5-S1 droite avec microdiscectomie pour cure d'une hernie calcifiée. A cinq mois au status post opératoire, le Dr Z._____, spécialiste en neurochirurgie, a fait part d'une évolution moyenne avec la persistance de sciatalgies droites. Pour ce médecin, l'intéressé était en totale incapacité de travail depuis son hospitalisation auprès de la Clinique [...] à [...]. Une capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % était par contre possible dès le mois d'avril 2014. En l'absence de nouveau contrôle prévu, le Dr Z._____ renvoyait l'OAI auprès du médecin traitant pour la suite (rapport du 10 mars 2014).

Un stage, suivi de juin à septembre 2014 au sein de la Fondation [...], à [...], s'est soldé par un arrêt rapide en raison des douleurs ressenties par l'intéressé.

L'OAI a confié le soin au Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de procéder à l'expertise orthopédique de L._____. Effectuée le 14 septembre 2015, avec le concours d'une interprète professionnelle, l'expertise se fonde sur des examens cliniques du rachis ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition de l'expert. Déposé le 17 septembre 2015, son rapport résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse, rapporte les plaintes et données subjectives sur le plan orthopédique et rend compte du status clinique ainsi que des examens pratiqués. L'expert a retenu, sur la base de son analyse, les diagnostics suivants :

- “• Status post hernie discale L5/S1 droite, diagnostic posé par la clinique et l'imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire du 14.09.12
- Status post cure de hernie discale L5/S1 le 15.10.13
- Status post récurrence de hernie discale L5/S1 sans complication neuro-orthopédique, diagnostic posé par la clinique et à l'imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire le 09.01.14”

En guise de conclusion, l'expert s'est notamment exprimé en ces termes :

“5. Appréciation du cas et pronostic

[...]

De la situation actuelle

Les plaintes de l'assuré sont des douleurs du bas du tronc associées à des douleurs du membre inférieur droit à la mobilisation du pied et une sensation de paralysie de la hanche droite.

L'examen clinique et la simple inspection de l'assuré permettent de constater qu'il n'existe aucune paralysie ni même de simple déficit musculaire au niveau de la hanche droite ni même du membre inférieur droit. L'examen des hanches donne des résultats dans la limite de la norme. La marche est normale, ainsi que celle sur la pointe des pieds et sur les talons. Il n'est donc pas retrouvé de conséquences lors de la mobilisation du pied droit. L'examen du rachis est marqué par de belles amplitudes articulaires, avec une distance doigts-sol à 9 cm. Il n'est pas retrouvé de syndrome radiculaire, qu'il soit de nature déficitaire ou irritative. Le territoire d'hypoesthésie ne suit pas la systématisation métamérique. Au vu de la régression de la hernie discale L5/S1 constatée sur les imageries successives du rachis, une symptomatologie en L5 droit n'est pas explicable. Il n'existe pas de syndrome pseudo-radiculaire. A l'inverse, l'assuré déclare de vives douleurs lors de la manœuvre de Lasègue du côté droit. Il existe une contradiction avec la négativité de la manœuvre de Néri et la possibilité de s'asseoir à 90°, avec les membres inférieurs en extension au plan du lit. L'exagération des plaintes est donc claire. L'assuré affirme prendre du Tramal™ dosé à 75 mg. Ce dosage est inconnu du Compendium suisse des médicaments. Il est donc demandé une recherche urinaire d'opiacés. Celle-ci est, au jour de l'expertise, négative. Le dosage plasmatique de Tramadol est de 0,03 $\mu\text{Mol.L}^{-1}$. Le taux est donc dix fois inférieur au minimum de la plage de mesure du laboratoire (0,38 $\mu\text{Mol.L}^{-1}$). Il existe donc une contradiction. L'imagerie montre une régression constante de la hernie L5/S1 droite, sans compression radiculaire en mars 2015. Il n'est donc pas retrouvé d'étiologie au niveau de l'appareil locomoteur qui permette d'expliquer les douleurs alléguées par l'assuré.

Enumération des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail

On retient comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail celui de status post cure de hernie discale L5/S1 et de récurrence sans complication neuro-orthopédique.

Justification : Il convient de ne pas placer la charnière lombosacrée dans des conditions biomécaniques qui pourraient aggraver les lésions.

Du pronostic

Le pronostic est acceptable en raison de la régression herniaire et du peu de modification de la hauteur discale résiduelle. Néanmoins, les contradictions et l'amplification des plaintes obèrent ce pronostic."

Le Dr V. _____ a constaté une totale incapacité de travail depuis le 15 octobre 2013 (date de l'opération de la hernie discale à la Clinique [...]), puis notamment une capacité de travail à 100 % dès le 2 juin 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : inapte au soulèvement, portage, poussage ou tirage de façon répétée ou fréquente de charges de plus de cinq à quinze kilos, pas de mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, pas de montée fréquente d'escaliers, et pas de marche en terrain accidenté ou glissant).

Dans un avis du 14 octobre 2015, le Dr S. _____, médecin au SMR, a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée.

Le 19 octobre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de rejeter sa nouvelle demande de rente. Après avoir présenté une totale incapacité de travail du 14 (recte : 15) octobre 2013 au 1^{er} juin 2014, ce dernier bénéficiait d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. La durée de son incapacité de travail étant inférieure à un an, le droit à la rente devait lui être nié. Pour le surplus, les conclusions de la décision de refus rendue le 20 octobre 2008 étaient à nouveau valables.

Dans le cadre de sa contestation du 4 novembre 2015 contre le projet de refus précité, l'assuré, désormais assisté par DAS Protection juridique SA, a transmis un rapport du 6 janvier 2016 des médecins du service de neurologie du CHUV. Ce document a ensuite été soumis par l'OAI pour avis à son médecin-conseil, lequel a estimé que les constatations des neurologues du CHUV étaient superposables à

l'expertise du Dr V._____, avec la précision que ces médecins ne prévoyaient pas de revoir l'intéressé et qu'ils ne se prononçaient pas sur sa capacité de travail. Il convenait d'attendre le résultat d'investigations en neuro-urologie alors en cours (avis médical SMR du 28 janvier 2016 du Dr S._____).

Dans un rapport du 4 juillet 2016, le Professeur P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chef de service du département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, a diagnostiqué des lombo-sciatalgies droites persistantes après une cure de hernie discale L5/S1 droite en octobre 2013. Ce médecin préconisait la poursuite d'un traitement conservateur (physiothérapie), voire par infiltrations. De son côté, le Dr Z._____, a précisé s'en tenir à l'avis de son confrère précité, sans indication pour une opération ni de nouveau contrôle (rapport de consultation ambulatoire du 3 mars 2016). Ces pièces ont toutes deux été soumises par l'OAI à son médecin-conseil, lequel a estimé que « ces documents ne contenaient pas d'éléments significatifs nouveaux d'ordre médical » de sorte qu'il convenait d'adhérer aux conclusions du Dr V._____ (avis médical SMR du 24 octobre 2016 du Dr S._____).

Le 23 décembre 2016, l'assuré a remis à l'OAI :

- un rapport du 23 novembre 2016 de la Dresse A._____, spécialiste en médecine interne et nouveau médecin traitant, dont il ressort qu'en l'absence d'amélioration, l'assuré souffrait toujours de lombo-sciatalgies chroniques, malgré le traitement de physiothérapie. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 30 août 2016 avait mis en évidence des discopathies dégénératives aux derniers étages lombaires (non évolué en L4-L5 et sans conflit disco-radicaire), un status après hémilaminectomie à droite en L5-S1 avec débord du disque médian paramédian droit et un déplacement postérieur de l'émergence de la racine S1 à droite avec une prise de contraste inflammatoire évocatrice d'une fibrose post opératoire ;

- un rapport du 12 décembre 2016 adressé à la Dresse A._____, dans lequel le Professeur P._____ a notamment relevé ce qui suit :

“[...] Cliniquement, la douleur est toujours présente, augmentée dans la station assise prolongée plus de 10 minutes, elle limite la marche à 40 minutes avec sensations de paresthésies au talon droit. Le signe de Lasègue est positif à 60°, l’examen neurologique est inchangé, en dehors du réflexe ostéo-tendineux achilléen que je retrouve aujourd’hui, alors qu’il était absent à la précédente consultation. L’examen moteur en particulier est normal.

A l’IRM lombaire du 30.08, la racine S1 droite semble entourée d’une fibrose post-opératoire.

Dans l’état actuel des choses, il n’est bien sûr pas question d’une nouvelle intervention, mais on peut renforcer le traitement conservateur et j’ai proposé au patient d’augmenter la posologie de ses antalgiques habituels et de prendre du Lyrica à doses progressives (ordonnance faite). Il me dit qu’il verra prochainement la Dre X._____ au centre d’antalgie pour faire un point post-infiltration et éventuellement adapter le traitement que je mets en place.

En attendant, Monsieur L._____ a bien compris qu’il fallait s’armer de patience, poursuivre la physiothérapie et le traitement médical en cours. [...]”.

Aux termes d’un avis SMR du 11 janvier 2017, le Dr S._____ a indiqué que les limitations fonctionnelles mentionnées par le Professeur P._____ dans son dernier rapport n’étaient pas incompatibles avec la reprise en plein d’une activité adaptée depuis le 1^{er} (recte : 2) juin 2014, compte tenu d’un examen moteur normal et sans nouvelle opération prévue, avec la poursuite d’un traitement conservateur. Il n’existait aucun élément nouveau ou pertinent susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr V._____.

Toujours dans le cadre de la procédure d’audition, l’OAI a encore reçu une liasse de pièces médicales dont en particulier deux comptes-rendus d’infiltrations à visée antalgique établis les 8 septembre et 16 décembre 2016 de la Dresse X._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, médecin au Centre de la douleur de la Clinique [...], attestant l’absence de modification du status neurologique post procédure. Ces documents, dans la lignée du traitement conservateur prévu par le Professeur P._____, ne

comportaient pas d'éléments significatifs nouveaux. Pour le Dr S._____, il convenait de s'en tenir aux constatations de son avis précédent du 11 janvier 2017 (avis médical SMR du 7 février 2017).

Par décision du 8 février 2017, l'OAI a entériné le refus de rente d'invalidité, avec une motivation identique à celle de son projet du 19 octobre 2015. Une lettre d'accompagnement du même jour répondait aux objections soulevées en se référant aux avis précités du SMR.

D. L._____, représenté par DAS Protection juridique SA, a déféré la décision de refus précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 16 mars 2017 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente « pleine et entière (100%) » dès le 2 juin 2014 et pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise auprès d'un « centre d'évaluation spécialisé » pour déterminer la capacité de travail résiduelle, puis nouvelle décision. En substance, il a fait grief à l'intimé de s'être livré à une constatation inexacte et incomplète des faits en n'examinant pas la totalité des rapports médicaux rendant compte de douleurs quotidiennes et importantes liées à ses problèmes dorsaux. Il a soutenu que le Dr V._____ n'avait pas pris en compte l'ensemble des éléments médicaux, en particulier les restrictions fonctionnelles retenues par le Professeur P._____ le 12 décembre 2016, ledit expert s'étant « contenté d'expliquer que le recourant exagérait sa douleur ». Alléguant avoir été « effrayé et désemparé » lors de l'expertise orthopédique de septembre 2015, le recourant a également remis en cause les tests réalisés pour vérifier la compliance médicamenteuse et contesté la valeur probante attribuée par l'OAI à l'expertise du Dr V._____.

Dans sa réponse du 17 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le recourant a modifié ses conclusions aux termes de sa réplique du 1^{er} juin 2017, estimant avoir droit à une rente entière depuis le

15 octobre 2014, et non dès le 2 juin 2014. A cette occasion, il a produit un rapport du 14 mars 2017 adressé à son médecin traitant par le Professeur P._____, dont on extrait ce qui suit :

“J’ai revu ce jour en consultation le patient susnommé pour le suivi de lombo-sciatalgies droites, persistant 3 ans après la cure d’une hernie discale L4-L5.

Je précise qu’il a bénéficié d’une deuxième infiltration par la Dresse X._____ mais je n’ai pas le détail.

Il a pris comme je lui ai conseillé du Lyrica à doses progressives jusqu’à 600 mg/jour mais sans effet, d’après lui, sur la douleur. Il doit revoir la Dresse X._____ le 24 mars [2017] pour envisager la suite de la prise en charge d’antalgie.

Les plaintes et l’examen clinique sont inchangés par rapport à la dernière consultation de décembre 2016. Je retrouve toujours un signe de Lasègue positif à 60° à droite ; l’examen neurologique est inchangé, en particulier la force est normale au membre inférieur droit.

J’ai expliqué à Monsieur L._____ qu’intervenir sur la fibre entourant la racine S1 droite risquait d’aggraver les choses et que le traitement recommandé pour lui consistait en physiothérapie (qu’il suit 2x/semaine), antalgiques et éventuellement infiltrations rachidiennes. C’est dans ce but qu’il verra prochainement la Dresse X._____.

Je lui ai prescrit un autre anti-neuropathique, la Gabapentine, à doses progressives, que je vous laisserai le soin d’augmenter jusqu’à 3’600 mg/jour. En cas d’échec, on pourra également essayer un antidépresseur tricyclique ou le Cymbalta.

Je reste à disposition pour refaire un point à distance.”

Dans sa duplique du 19 juin 2017, l’OAI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu’au maintien de la décision litigieuse.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d’assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l’assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l’objet d’un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. La contestation porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de rente (la troisième), déposée le 4 novembre 2013, en raison d'une aggravation des troubles du rachis (hernie discale).

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de

refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. Malgré les précédents refus de rente signifiés le 25 janvier 2008 (problématique ostéo-articulaire) et 20 octobre 2008 (affection visuelle), l'intimé est entré en matière à juste titre sur la nouvelle demande déposée le 4 novembre 2013 par le recourant, compte tenu de l'aggravation de l'atteinte rachidienne (cure de hernie discale pratiquée le 15 octobre 2013). Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse du 8 février 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le recourant présente un tableau clinique caractérisé par des lombo-sciatalgies droites persistantes après une cure de hernie discale L5/S1 droite en octobre 2013, et ceci malgré un traitement conservateur alliant physiothérapie, prise d'antalgiques et infiltrations rachidiennes pratiquées au centre de la douleur de la [...]. Cette affection du rachis l'empêche toujours - cela n'est pas contesté - d'exercer l'activité de magasinier, respectivement de chauffeur poids lourds, pour lesquelles la capacité de travail est réputée nulle depuis le 24 juillet 2006.

Selon les conclusions de l'expert V._____, que l'OAI fait siennes à l'appui de sa décision, après l'intervention chirurgicale du 15 octobre 2013 (hernie discale), le recourant a recouvré, dès le 2 juin 2014, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : inapte au soulèvement, portage, poussage ou tirage de façon répétée ou fréquente de charges de plus de cinq à quinze kilos, pas de mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, pas de montée fréquente d'escaliers, et pas de marche en terrain accidenté ou glissant).

Dans son rapport d'expertise du 17 septembre 2015, posant les diagnostics de status post hernie discale L5/S1 droite, status post cure

de hernie discale L5/S1 le 15 octobre 2013 et status post récurrence de hernie discale L5/S1 sans complication neuro-orthopédique, le Dr V._____ constate, outre un dosage plasmatique de Tramadol® dix fois inférieur au minimum de la plage de mesure de laboratoire, que l'imagerie rend compte d'une régression constante de l'hernie L5-S1 droite sans compression radiculaire depuis mars 2015. Pour l'expert, les contradictions entre constats objectifs et plaintes subjectives ainsi que l'amplification de ces plaintes obèrent le pronostic, pourtant acceptable, en raison de la régression herniaire et du peu de modification de la hauteur discale résiduelle. Il conclut que l'incapacité de travail est justifiée médicalement du 15 octobre 2013 (date de la cure de hernie discale L5-S1) au 1^{er} juin 2014, date qui correspond à la période post opératoire ainsi qu'au traitement médical de la récurrence d'hernie discale. Moyennant le respect des limitations que liste l'expert, aucune incapacité de travail n'est justifiée au-delà de cette dernière date. Cette expertise de chirurgie orthopédique, datant de l'automne 2015, a été réalisée par un expert indépendant et impartial, et elle remplit l'ensemble des critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3^e supra). Le Dr V._____ a en effet pris connaissance du dossier complet et a dûment pris en considération les plaintes du recourant. Les examens cliniques ont été effectués de manière systématique, dans les règles de l'art, en particulier eu égard aux plaintes présentées par l'intéressé. L'exposé du contexte médical est cohérent et les conclusions de ce spécialiste sont dûment motivées, exemptes de contradiction. Les seules allégations du recourant, non étayées, qui prétend avoir été terrorisé lors de l'expertise ne lui sont d'aucun secours. On rappellera, dans ce contexte, que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait adopté un comportement particulier pour remettre en cause les constats objectifs qui ont fondé ses conclusions. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son travail. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert

(TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2 ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

L'argumentation selon laquelle le recourant - compte tenu de la persistance des lombo-sciatalgies droites - présenterait de nouvelles limitations fonctionnelles entravant l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite par le Dr V._____ dans son expertise de septembre 2015, n'est pas pertinente. Toutes les pièces médicales, même celles postérieures à l'expertise en cause, ont été soumises à l'examen attentif du SMR, qui s'est prononcé dans le cadre d'avis médicaux circonstanciés rendus les 28 février et 9 novembre 2014, 14 octobre 2015, 28 janvier et 24 octobre 2016, 11 janvier et 7 février 2017. Ainsi, en présence d'un status neurologique inchangé et de la poursuite d'un traitement conservateur, les médecins-conseils du SMR étaient fondés à confirmer la position de l'expert V._____. Dès lors, de plus amples investigations médicales s'avèrent inutiles.

On observera par ailleurs qu'outre le fait qu'il est postérieur à la décision attaquée du 8 février 2017, le rapport médical du 14 mars 2017 du Professeur P._____ ne comporte pas d'autres ou plus amples diagnostics que ceux qui ressortent déjà des rapports médicaux produits dans le cadre de l'instruction de la demande.

Aussi convient-il de constater qu'à l'échéance du délai d'attente légal d'un an, soit en l'occurrence le 15 octobre 2014, le recourant avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI). C'est par conséquent à juste titre que l'office intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

5. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé, bien qu'assisté par un mandataire qualifié, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 8 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de L._____.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection juridique SA (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :