

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 avril 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait en qualité de chef d'équipe auprès de A. \_\_\_\_\_ SA, à [...], depuis le 10 janvier 2001.

Le 9 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a déclaré être incapable de travailler à 50 % depuis janvier 2011 en raison d'une hernie discale.

Le dossier de l'assureur perte de gain de l'employeur a été versé au dossier AI le 9 juin 2011 (il sera mis à jour les 2 décembre 2011 et 19 octobre 2012).

Selon un questionnaire pour l'employeur du 21 juin 2011, avant l'atteinte à la santé, l'intéressé travaillait 40 heures et 30 minutes par semaine (100 %). Son salaire mensuel s'élevait à 6'515 fr. payable treize fois l'an depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, mais ne correspondait pas au rendement. Depuis le 6 juillet 2010, un salaire de 4'560 fr. par mois (70 %) aurait correspondu au rendement.

Dans un rapport médical du 24 juin 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques communes avec irradiation dans le membre inférieur droit et de troubles dégénératifs avec discopathie sévère L5-S1 et sans effet sur la capacité de travail d'ulcère de l'estomac et de tabagisme chronique (21 UPA [Unité-Paquet-Année]). S'agissant du pronostic, il a indiqué attendre le verdict des neurochirurgiens du L. \_\_\_\_\_. Le praticien a retenu que l'assuré était incapable de travailler à 50 % depuis le 16 août 2010 (avant cela, il avait été incapable de travailler à 100 % depuis le 6 juillet 2010), les restrictions étant essentiellement physiques car il ne pouvait pas lever de charges. L'activité exercée n'était plus exigible. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a encore retenu

que depuis juillet 2010, les activités uniquement en position debout ou dans différentes positions étaient exigibles à 50 % et que les activités exercées principalement en marchant étaient « *un peu* » exigibles, étant précisé que les autres activités n'étaient pas exigibles. La capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'était pas limitée. Étaient notamment joints au rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_ :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire du 5 août 2010, concluant à une énorme hernie discale médiane et paramédiane bilatérale, plus marquée à droite en L5-S1, à l'origine d'un conflit radiculaire.
- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 23 février 2011, concluant à une volumineuse hernie discale postéro-médiane en L5-S1 comprimant nettement le fourreau dural en regard, ayant discrètement diminué par rapport à août 2010, et à une mise à l'étroit significative de la racine L5 gauche dans son foramen ce qui était quasiment stable.

Dans un rapport médical du 21 septembre 2011, la Dresse E. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service de neurochirurgie du L. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1 gauche non déficitaire depuis juin 2010. Elle a estimé que d'un point de vue médical la capacité de travail était encore exigible à 100 % sans diminution de rendement et qu'une reprise de l'activité professionnelle à 100 % était possible à partir de février 2011. Le patient ne pouvait pas travailler en rotation en position assise ou debout et ne pouvait pas soulever plus de 15 kg. La Dresse E. \_\_\_\_\_ a produit un rapport de consultation ambulatoire du 8 mars 2011, dans lequel le Dr I. \_\_\_\_\_, chef de clinique au service précité, a relevé que le patient présentait une disparition de la sciatalgie droite avec une IRM d'août 2010 mettant en évidence une énorme hernie discale médiane et paramédiane gauche comprimant le fourreau dural. Vu la disparition de la symptomatologie, il ne préconisait pas une prise en charge neurochirurgicale.

Dans un avis médical du 18 octobre 2011, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu qu'il n'y avait pas d'atteinte pouvant justifier une incapacité de travail et qu'il était recommandé à l'assuré de mettre en place toutes les mesures d'hygiène de la colonne vertébrale (particulièrement du segment lombaire) et d'éviter les ports répétitifs de charges lourdes en position de porte-à-faux de la colonne lombaire.

Le 2 décembre 2011, l'OAI a notamment reçu de l'assureur perte de gain de l'employeur un rapport d'expertise de l'appareil locomoteur de la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à la Clinique O.\_\_\_\_\_, daté du 30 août 2011, faisant suite à une consultation de l'appareil locomoteur du 15 juillet 2011. Dans ce cadre, l'experte a notamment fait une synthèse du dossier médical et une anamnèse (familiale et personnelle, socioprofessionnelle et générale) puis a rapporté les plaintes de l'assuré dans la vie quotidienne. Elle a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de syndrome lombo-radicaire irritatif à droite sur hernie discale L5-S1 et de lombo-radicalgie de topographie L5 gauche sur sténose dégénérative L4-L5 et sans incidence sur la capacité de travail de syndrome bilatéral du tunnel carpien bilatéral, de maladie de Dupuytren à gauche et de perturbation des tests hépatiques. L'experte a procédé à une analyse par diagnostics, rapportant notamment les plaintes s'y rapportant entendues lors de l'expertise, les résultats de ses examens cliniques et les limitations fonctionnelles propres à chacun des diagnostics. A cet égard, elle a notamment retenu que « *dès 45°, la manœuvre de LASEGUE à gauche déclench[ait] une douleur paravertébrale du même côté. En controlatéral, elle [était] présente dès 60° et elle n'[était] positive qu'au niveau lombaire. Il n'exist[ait] pas d'irradiation radicaire* ». On extrait en outre ce qui suit de la partie « *discussions et synthèse* » de son rapport :

**"b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible**

Si Monsieur V.\_\_\_\_\_ présente effectivement une discopathie L5-S1, actuellement, il n'existe plus de signes radicaux caractéristiques d'une radicalgie S1 droite. Par contre, les lombalgies persistent et sont habituelles dans ce type de discopathie.

L'examen clinique permet de retrouver un syndrome rachidien modéré. Par ailleurs, l'assuré se plaint de douleurs pouvant être, au départ, en faveur d'une topographie L5 gauche corrélée à l'existence d'un canal lombaire étroit. De plus, il existe 4/5 signes de WADDELL, témoignant d'une surcharge.

En outre, une altération de l'état général est observée, associée à une intoxication œnologique non avouée et pour laquelle une abstinence est exigible."

Plus loin, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a énuméré les limitations locomotrices valables tant pour l'emploi habituel que pour un emploi adapté, à savoir station debout statique prolongée de plus de deux heures durant trois mois, station assise prolongée de plus de deux heures durant trois mois, marche prolongée de plus d'une heure durant trois mois, limitation de position en porte-à-faux lombaire, limitation pour le port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence), déplacement en hauteur en raison des risques de chute si les phénomènes douloureux aigus apparaissaient et utilisation d'engins vibrants de façon prolongée compte tenu du syndrome du tunnel carpien. S'agissant de la capacité de travail, l'experte a estimé qu'à condition de respecter les limitations fonctionnelles précitées, il n'existait pas de restrictions à ce que l'intéressé reprenne son travail à 100 % dès le 15 juillet 2011, avec une baisse de rendement de 20 % justifiée par certaines limitations à respecter pendant trois mois. En outre, dans une activité encore mieux adaptée, très légère, la capacité de travail était de 100 % horaire et rendement dès le jour de l'expertise, soit le 15 juillet 2011.

Par projet de décision du 8 décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il avait retrouvé une capacité de travail à 100 % dans l'exercice de son activité de chef de chantier dès le 16 juillet 2011 et que, selon le conseiller en réinsertion professionnelle de l'OAI, il avait pu adapter son cahier des charges pour respecter les mesures d'hygiène de la colonne vertébrale et éviter le port répétitif de charges lourdes en porte-à-faux.

Le 21 décembre 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré allait être licencié, la causé étant de toute évidence son

rendement et son incapacité de travail qui demeurerait inchangée à moins de 50 % depuis le 6 juillet 2010. Il était évident que le travail sur un chantier représentait une charge trop lourde pour l'intéressé et que la poursuite de cette activité était inadéquate.

Dans un avis médical du 20 février 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que de façon quelque peu contradictoire, l'experte X.\_\_\_\_\_ attestait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, qu'au total il pouvait retenir une capacité de travail de 80 % dans l'activité actuelle qui n'était manifestement pas totalement adaptée et de 100 % dans une activité totalement adaptée, et que cette estimation était proche de l'avis SMR du 18 octobre 2011, la date de février 2011 étant légitimée par la Dresse E.\_\_\_\_\_.

Les conditions du droit à l'orientation professionnelle étant remplies, l'OAI a pris en charge les frais d'orientation professionnelle effectuée auprès de l'Y.\_\_\_\_\_ du 11 juin au 22 décembre 2012, comprenant notamment un stage d'orientation professionnelle auprès de F.\_\_\_\_\_ à [...] du 16 septembre au 22 décembre 2012 à un taux de 50 % et 100 %.

Selon une note de suivi interne à l'OAI du 11 janvier 2013, l'intéressé, qui avait montré beaucoup de motivation et de connaissance, était arrivé au terme de sa mesure auprès de F.\_\_\_\_\_. Le stage n'avait toutefois pas pu être effectué à 50 %, car ce taux était trop élevé pour lui.

Un stage pratique de validation a été organisé auprès de W.\_\_\_\_\_ à [...] du 11 au 22 février 2013, avec un taux de présence de 50 %.

Il ressortait d'un rapport de restitution de la mesure « orientation emploi » daté du 21 janvier 2013, relatif au stage du 11 juin au 22 décembre 2012, qu'à l'issue dudit stage comme conseiller de vente dans une grande surface, les limitations physiques étaient apparues plus

nettes et précises. Une activité à 30 % semblait être le maximum envisageable.

Selon une note de suivi du 28 février 2013, bien qu'il ait été convenu que l'activité durant le stage auprès de W.\_\_\_\_\_ serait effectuée à 50 %, l'assuré, qui était décrit comme très dévoué, ayant envie de travailler et ayant fait le maximum, ne s'était présenté tous les jours qu'à 30 %. L'avis SMR qui donnait une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée n'était donc pas validé.

Dans un avis médical SMR du 5 mars 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que les rapports de stage mentionnaient uniquement que la capacité de travail de 30 % semblait le maximum envisageable, sans apporter d'éléments d'observation un peu plus objectifs. Il a estimé que, sur le plan médical, il ne pouvait pas souscrire aux conclusions de la mesure et que l'exigibilité était clairement de 100 % dans une activité adaptée, ce qui avait été bien établi lors de l'instruction médicale, et particulièrement par l'expertise O.\_\_\_\_\_ du 31 août 2011.

Par courrier du 11 mars 2013 adressé à l'assuré, l'OAI a retenu que suite au courrier du 21 décembre 2012 du Dr K.\_\_\_\_\_, le SMR avait procédé à une nouvelle analyse de la situation médicale de l'intéressé et avait retenu une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes de façon répétée). Toutefois, les mesures mises en place (mesures d'orientation auprès de l'Y.\_\_\_\_\_, stages chez F.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_) avaient été suivies seulement à 30 %, voire 50 % au maximum. Or, aucun élément médical objectif ne permettait d'étayer cette capacité de travail réduite. Il était dès lors exigible que l'intéressé se soumette aux mesures proposées avec une présence à 100 %. L'OAI lui a imparti un délai au 15 avril 2013 pour confirmer par écrit qu'il acceptait la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et collaborerait pleinement. En cas de réponse négative, ou sans réponse dans le délai fixé, il serait mis un terme aux démarches de réadaptation professionnelle et l'OAI évaluerait le taux

d'invalidité de l'assuré en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité non qualifiée adaptée à ses limitations.

Dans un courrier du 25 mars 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré considérait qu'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée ne correspondait pas à sa situation et lui avait dit que les stages auprès de W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ avaient été suivis à 30 %, un 50 % étant déjà trop demandé pour lui dans cette activité adaptée. Il paraissait dès lors impossible au praticien de concevoir que l'intéressé aurait pu reprendre une activité à 100 % dans une activité adaptée. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a conclu en indiquant qu'il partageait l'avis du patient et que, en tenant compte des stages effectués, sa capacité de travail se trouvait entre 30 % et 50 %, même dans un travail adapté, et ne dépassait pas 50 %.

Dans un avis médical du 8 avril 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que le rapport précité du Dr K.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau, le médecin se contentant de rapporter les propos de l'assuré. Les conclusions de l'avis SMR du 5 mars 2013 restaient dès lors valables.

Le 11 avril 2013, l'assuré a pris position sur le courrier du 11 mars 2013 de l'OAI. En substance, il a fait valoir qu'il avait participé avec motivation à tous les stages proposés et en avait même trouvé un. Malheureusement une capacité de travail à 100 % n'avait pas pu être validée et, malgré le choix d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, seule une capacité de travail à 30 % avait pu l'être. Il a soutenu que dès qu'il exerçait une activité plus de deux ou trois heures d'affilée, il ressentait de vives douleurs dans le dos et dans la jambe et était obligé de faire régulièrement des pauses d'environ un quart d'heure. S'il ne tenait pas compte de la douleur et continuait son activité, il ne pouvait plus bouger en fin de journée et ne dormait pas la nuit à cause des douleurs. L'intéressé a par ailleurs allégué que différents rapports médicaux au dossier attestaient d'une énorme hernie discale, non opérable, provoquant des douleurs importantes qui dureraient certainement toute sa vie. Les douleurs et les fourmillements avaient

repris de plus belle. Il ne comprenait dès lors pas les conclusions du courrier du 11 mars 2013 de l'OAI.

Dans un avis médical du 25 avril 2013, le Dr J. \_\_\_\_\_ a retenu que les points abordés dans la lettre de l'assuré avaient déjà été abondamment commentés dans les avis SMR et qu'il n'y avait rien à ajouter.

Par projet de décision du 11 juin 2013, l'OAI a informé l'intéressé de son intention de rejeter sa demande de prestations pour les motifs suivants :

**"Résultat de nos constatations :**

[...] Cette atteinte à la santé induit les limitations fonctionnelles suivantes : *éviter le port de charges lourdes à répétition en position de porte-à-faux de la colonne vertébrale*. Si ces limitations sont respectées, votre capacité de travail est de 80 % dans l'activité habituelle (travail peu adapté) et de 100 % dans une activité entièrement adaptée, ceci dès février 2011.

Au vu de cette exigibilité entière (100 %), les mesures suivantes ont été octroyées

- Orientation professionnelle (bilan et soutien) auprès de l'Y. \_\_\_\_\_ du 11 juin 2012 au 15 septembre 2012
- Stage en qualité de conseiller de vente auprès de F. \_\_\_\_\_ de [...] du 16 septembre 2012 au 22 décembre 2012
- Stage pratique auprès de W. \_\_\_\_\_ à [...] du 11 février 2013 au 22 février 2013

Toutefois, ces mesures ont été effectuées seulement à un taux de 30 %, voire 50 % au maximum. Or aucun élément médical objectif ne permet d'étayer que votre capacité de travail soit réduite en raison de votre atteinte à la santé.

Etant donné que vous refusez de participer à une mesure de réinsertion à 100 % selon l'exigibilité reconnue dans une activité adaptée, il convient de déterminer votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

[...] 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 2010, CHF 4'901.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, 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 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être

porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1,33 % + 1,31 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'789.88.

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'510.89. Ce revenu peut être réalisé en exerçant une activité adaptée, sans qualification particulière ni formation préalable, tel qu'ouvrier de production en industrie légère, opérateur en horlogerie, praticien en mécanique, par exemple, ceci à plein temps.

Ce montant doit être comparé au revenu qui serait réalis[é] sans atteinte à la santé comme maçon/chef d'équipe soit CHF 79'202.-

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF 79'202.-			
avec invalidité	CHF 56'510.-			
La perte de gain s'élève à	CHF 22'692.-	=	un	degré
d'invalidité de 28,65 %				

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

Le 27 juin 2013, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité. Il a en particulier estimé que l'OAI se basait sur une vision qui ne correspondait pas à la réalité et ne tenait pas compte des événements récents. Il a contesté d'une part tout refus de travailler et d'autre part l'exigibilité d'un travail à 100 %, qui avait été reconnue uniquement dans le rapport établi par l'assurance perte de gain de son employeur presque deux ans plus tôt. Il n'était pas admissible que seul ce rapport fasse foi. Aucun médecin du SMR ne l'avait rencontré et n'avait évalué son état de santé, malgré plusieurs demandes dans ce sens. L'assuré a également fait valoir que l'OAI ne tenait pas compte des conclusions des spécialistes qui l'avaient vu travailler durant la période d'observation et qui étaient tous d'accord qu'il lui était impossible, malgré sa bonne volonté, de travailler à plus de 30 %. Enfin, il a indiqué que le Dr K. \_\_\_\_\_ l'avait envoyé au L. \_\_\_\_\_ pour de nouveaux examens. Les résultats arriveraient un ou deux mois plus tard mais avaient déjà montré qu'il souffrait d'une neuropathie et d'une gammopathie monoclonale qui auraient pu expliquer certains des symptômes l'empêchant de travailler à plein temps.

Le 30 novembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI les documents médicaux suivants :

- un rapport du 3 mai 2013 du Prof. C.\_\_\_\_\_ et des Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, respectivement chef de service, chef de clinique et médecin assistant au Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du L.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de probable stéato-hépatite alcoolique, d'immunité pour l'hépatite A, de gammopathie monoclonale IgM de type lambda, de hernie discale L5-S1 traitée conservativement et de status post-ulcère gastrique une vingtaine d'années plus tôt. Ils ont constaté une normalisation complète des transaminases après interruption complète de toute consommation d'alcool. L'ultrason réalisé mettait en évidence un foie très discrètement dysmorphique avec un test d'élastométrie parlant pour une fibrose hépatique significative. Dans le cours du bilan, ils avaient mis en évidence une gammopathie monoclonale IgM de type Lambda, pour lequel un bilan hématologique serait indiqué (ils laissaient au Dr K.\_\_\_\_\_ le soin de l'organiser). La fonction rénale était dans les normes de même que la calcémie réalisée l'année précédente.
- un rapport du 26 août 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de paresthésies intermittentes des deux membres supérieurs, prédominant à droite, sans explication neurologique objectivable. Il a relevé qu'au status, il n'y avait guère qu'une discrète hypoesthésie pulpaire concernant l'index droit, pour le reste aucun déficit sensitivo-moteur à l'examen des membres supérieurs. Un électroneuromyogramme (EMG) des nerfs cubital et médian avait donné des résultats normaux. Le spécialiste a préconisé une surveillance attentive car il ne pouvait pas exclure un problème de syndrome du tunnel carpien et/ou une neuropathie cubitale en voie d'installation, voire éventuellement un problème d'origine plus proximale.

Dans un rapport SMR du 17 décembre 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu des « *dorsolombalgies chroniques et une sténose L4-L51 [sic] non-déficitaires sur hernie discale L5-S1 et troubles dégénératifs du rachis* » à titre d'atteinte principale à la santé ainsi qu'une souffrance du médian des deux côtés au canal carpien et un problème d'alcool du passé à titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. Il a estimé que l'activité habituelle n'était plus adaptée. Une activité adaptée - sans station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure ou alternance au gré de l'assuré, sans port de charges lourdes supérieures à 10 kg, sans marche supérieure au kilomètre, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexion-rotation répétée du tronc et sans usage de machine vibrante ou percutante - était en revanche exigible à 100 % depuis le 15 juillet 2011. S'agissant du courrier du 3 mai 2013 du Pr. C.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR a estimé que la stéatose hépatique qualifiée de probable par les médecins du L.\_\_\_\_\_ était décrite comme asymptomatique, donc pas de nature à influencer la capacité de travail, et que l'électrophorèse du 15 juillet 2013 ne mettait plus en évidence d'anomalies significatives, de sorte qu'à ce stade, la gammopathie monoclonale était tout au plus bénigne. Le courrier du Pr. C.\_\_\_\_\_ ne retenait donc aucun problème susceptible de modifier l'exigibilité retenue par le SMR. Quant au courrier du Dr B.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a considéré que la possible neuropathie débutante aux membres supérieurs droits évoquée par le spécialiste était un problème similaire à celui mentionné par l'experte X.\_\_\_\_\_ dans l'expertise de juillet 2011. Il n'y avait donc pas de faits ou d'empêchements nouveaux.

Par décision du 3 février 2014 conforme à son projet du 11 juin 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**B.** Par courrier du 19 décembre 2014, V.\_\_\_\_\_ a fait valoir que son état de santé avait considérablement changé depuis la décision du 3 février 2014 et a produit :

- un rapport du 24 mars 2014, dans lequel le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu que l'assuré présentait une irritation radiculaire S1 gauche consécutive à une hernie L5/S1, qu'il n'avait pas de déficit significatif ni de signe de dénervation et qu'un traitement conservateur pouvait donc être tenté, étant précisé que si les plaintes devaient persister, il faudrait l'adresser au Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie.
- un rapport du 28 avril 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_, retenant que l'assuré présentait un syndrome lombo-radiculaire irritatif S1 à gauche et que, du point de vue neurologique, il l'estimait incapable de travailler à plus de 50 %.
- un rapport du 9 septembre 2014, dans lequel le Dr U.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de volumineuse hernie discale L5-S1 médiane dans le cadre d'une discopathie L5-S1 isolée et a relevé que l'examen neurologique montrait un Lasègue positif à 30° à gauche, les réflexes étant présents et symétriques, la force et la sensibilité conservées. Il ne voyait guère chez ce patient qu'une solution chirurgicale pour tenter de l'améliorer avec tous les risques que son syndrome douloureux chronique se soit installé, avec également les risques d'instabilité ou d'aggravation de la discopathie qui auraient pu nécessiter une spondylodèse complémentaire. Les chances de réussite après des années de douleurs n'étaient pas forcément très bonnes mais penser espérer remettre le patient dans le circuit du travail avec ce type de pathologie paraissait également totalement illusoire.
- un rapport du 15 décembre 2014 des Desses S.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service d'hématologie du L.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics importants de gammopathie monoclonale MGUS IgM lambda (diagnostic différentiel : smoldering Waldenström) et de déficit en Vitamine B12 et folate, et retenant notamment ce qui suit :

"M. V.\_\_\_\_\_ est diagnostiqué avec une gammopathie monoclonale IgM lambda en avril 2013, à découverte fortuite. Il n'y a pas

d'évidence de symptômes B au diagnostic. Le[s] seul[s] symptôme[s] pouvant être suggestif[s] d'une éventuelle maladie de Waldenström sont des paresthésies des membres supérieurs, mais celles-ci sont résolues spontanément lors du bilan en 2014. Il n'y a pas de douleur osseuse, hormis la lombosciatalgie déjà bilantée. Cliniquement, il n'y a pas de lymphadénopathie ou de splénomégalie palpable. L'hépatomégalie clinique est mise dans le contexte de la stéatose hépatique, dont nos collègues gastro-entérologues concluent à une origine alcoolique, compte tenu de la normalisation des tests hépatiques trois mois après l'arrêt de la consommation éthylique. Sur le plan biologique, le taux d'IgM est au moment du diagnostic à 2.15 g/L, sans altération quantitative ou qualitative des autres sous-classes d'immunoglobulines. La formule sanguine est alignée. La LDH est normale à 183 U/l. Il n'y a pas d'insuffisance rénale ou d'hypercalcémie. Le taux de pro-BNP est également dans la norme.

Ce patient est donc atteint sur le plan hématologique d'une gammopathie monoclonale type IgM lambda et le diagnostic différentiel reste ouvert entre un MGUS, un myélome asymptomatique et une maladie de Waldenström, comme le bilan par ponction de moelle n'a encore pas pu être fait. Il est suivi à la consultation d'hématologie du L. \_\_\_\_\_ pour contrôle clinique et biologique aux 6 mois.

Lors de la consultation du 13.10.2014, le patient a un état générale conservé, mais il est très limité par les lombosciatalgies connues et stables. Anamnestiquement, il ne réfère pas de saignement, d'infection récidivant ou de paresthésies des membres supérieurs. Les algoparesthésies des membres inférieures sont stables et il n'a pas d'autre symptomatologie neurologique. [...]"

Le 18 mars 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande AI auprès de l'OAI, invoquant une hernie discale.

Il ressortait d'un questionnaire pour l'employeur signé le 6 mai 2015 par A. \_\_\_\_\_ SA que l'intéressé avait travaillé pour cette société jusqu'au 30 septembre 2012, le contrat de travail ayant été résilié par l'employeur en raison de la conjoncture. Ne faisant plus partie du personnel, il ne touchait plus de salaire.

Dans un rapport médical du 24 juin 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites avec irradiation dans le membre inférieur droit sur troubles dégénératifs sévères avec discopathie L5-S1 et spondylolisthésis et hernie discale médiane et paramédiane bilatérale en L5-S1 et de polyneuropathie des membres inférieurs d'origine mixte et

sans effet sur la capacité de travail de stéatose hépatique chronique d'origine mixte, de gammopathie monoclonale Igm lambda, de déficit en vitamine B12 et folate, de tabagisme actif à 33 UPA, de status après ulcère gastrique 20 ans plus tôt et d'état dépressif chronique (en traitement à l'Unité [...] de [...]). Il a retenu que le pronostic était plutôt sombre et estimé que l'intéressé était incapable de travailler à 70 % depuis 2013. Les restrictions étaient principalement physiques, car il était impossible pour lui de lever des charges et de rester toute la journée debout ou assis. Le rendement était réduit de manière intense étant donné qu'il ne pouvait pas effectuer tous les travaux qui lui étaient demandés sur un chantier. L'intéressé pouvait uniquement exercer une activité dans différentes positions à moins de 30 % depuis 2010.

Dans un rapport médical du 11 juillet 2015, le Dr U. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait pas revu le patient et ignorait son état du moment, sa capacité de travail et s'il avait finalement été opéré. Il a produit un rapport interne du 1<sup>er</sup> juillet 2014 et le rapport du 9 septembre 2014 précité.

Dans un rapport médical du 20 novembre 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) depuis le printemps 2013. Il a retenu que sur le plan strictement psychiatrique, la capacité de travail était de 50-60 % dans une activité adaptée. Toutefois, l'état de santé psychique de l'intéressé semblait tributaire de son état de santé somatique. Il paraissait donc indispensable de tenir compte de l'évolution de la santé physique. Le psychiatre a en outre estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. Une activité à temps partielle était encore possible, sans activités exigeant de l'endurance ou une adaptation permanente ou impliquant du stress ou des tâches complexes.

Interpellé par le SMR, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé le 6 septembre 2016 que l'assuré avait stoppé totalement sa consommation d'alcool depuis la dernière consultation au L. \_\_\_\_\_ plus d'une année auparavant et que la polyneuropathie était principalement présente au niveau des

deux bras, surtout des deux mains, et au niveau du pied gauche où les troubles de la sensibilité auraient plutôt dû être causés par des problèmes de sciatique. Les paresthésies des membres supérieurs décrites déjà en 2013, plus prononcées en distale, étaient encore présentes même si elles avaient légèrement diminué après l'arrêt d'alcool et les injections mensuelles de vitamine B12 durant plus d'une année. Le praticien a en outre produit un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 30 août 2016, concluant à une volumineuse hernie circonférentielle en L5-S1 rétrécissant le canal rachidien et les trous de conjugaison à prédominance gauche, ainsi qu'à un contact avec la racine L5 gauche.

Le 2 novembre 2016, l'OAI a indexé au dossier de l'assuré des rapports de prise en charge relatifs à des consultations ambulatoires au L.\_\_\_\_\_, saisis les 13 avril 2015, 9 octobre 2015, 6 avril 2016 et 6 octobre 2016.

Interpellé par le SMR, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu dans un rapport du 24 janvier 2017 que l'évolution clinique depuis décembre 2015 était favorable, l'assuré s'investissant dans un processus d'acceptation de sa situation socio-professionnelle et son humeur ayant été observée stable durant l'année écoulée. Il a ajouté qu'il n'y avait à ce moment-là pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique qui auraient empêché une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Dans un avis médical SMR du 16 février 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu que l'IRM du 30 août 2016 était similaire à celle réalisée le 5 août 2010 et que le Dr K.\_\_\_\_\_ ne décrivait aucune aggravation clinique tant au niveau moteur que sensitif dans le membre inférieur droit, ni aucune limitation fonctionnelle en lien avec la polyneuropathie. La manœuvre de Lasègue positive à gauche lors de l'examen du Dr U.\_\_\_\_\_ du « 9 décembre [recte : septembre] 2014 » était déjà notée comme positive dans l'expertise rhumatologique du 15 juillet 2011. Il a ajouté que les paresthésies dont l'assuré se plaignait étaient prises en compte dans le rapport d'examen SMR du 17 décembre 2013, que la gammopathie monoclonale était asymptomatique et que le Dr N.\_\_\_\_\_ avait écrit le 24

janvier 2017 qu'il n'y avait à ce moment-là pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique qui auraient empêché une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Le médecin du SMR en a conclu que la capacité de travail de l'intéressé était inchangée depuis la dernière décision AI.

Par projet de décision du 21 février 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, pour les motifs suivants :

**"Résultat de nos constatations :**

Dans le cadre de sa précédente demande de prestations AI, nous lui avons nié le droit à une rente par décision du 3 février 2014 au motif qu'il présentait un degré d'invalidité de 28.65 %. En effet, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses problèmes de santé était raisonnablement exigible.

Le 19 décembre 2014, il nous indique que son état de santé s'est péjoré. Une nouvelle demande de prestation est déposée.

Après instruction de cette dernière, force est de constater qu'il n'y aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans notre précédente décision. Les conclusions de cette dernière sont donc toujours valables.

Au vu de ce qui précède, le droit aux prestations de notre assurance doit une nouvelle fois lui être nié."

Par courrier du 27 mars 2017, l'assuré, représenté par Unia Vaud, a fait part de ses objections au projet de décision précité. En substance, il a contesté que son état de santé n'ait pas évolué puisqu'il avait fourni plusieurs rapports médicaux apportant de nouveaux éléments. Il a ajouté qu'au regard de ses multiples affections, soit une importante hernie, des paresthésies, une gammopathie monoclonale et des troubles psychiatriques, il apparaissait essentiel de procéder à une expertise pluridisciplinaire de sa situation médicale. Enfin, l'intéressé a fait valoir que le Dr K. \_\_\_\_\_ avait récemment demandé qu'il soit examiné par un rhumatologue (il s'avérera par la suite qu'il s'agissait d'un neurologue) et qu'il ne manquerait pas de tenir l'OAI informé dès que la date du rendez-vous lui aurait été communiquée.

Le 16 mai 2017, l'assuré a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et a produit un rapport provisoire du Service de neurologie du L.\_\_\_\_\_ faisant suite à une consultation du 26 avril 2017. Le diagnostic de lombosciatalgies gauches, possiblement déficitaires sur volumineuse hernie discale L5-S1 avait été posé à titre de diagnostic principal, et le diagnostic de syndrome du canal carpien bilatéral, à prédominance droite, à titre de diagnostic secondaire. L'examen du jour ne retrouvait pas d'argument clinique ou électrophysiologique pour une polyneuropathie. La symptomatologie présentée par le patient aux membres supérieurs était à mettre dans le contexte d'un syndrome de canal carpien bilatéral à prédominance droite. Une attelle nocturne d'extension du poignet, à porter toutes les nuits pour un minimum de six à huit semaines avait été prescrite et en l'absence de bénéfice, le patient aurait pu être adressé à un collègue chirurgien de la main en vue d'une intervention de décompression du nerf médian, principalement à droite. Le patient était principalement gêné par une lombosciatalgie gauche possiblement déficitaire avec des signes électrophysiologiques compatibles avec une compression radiculaire L5 gauche, pour laquelle ils priaient leurs collègues de neurochirurgie de convoquer le patient pour une deuxième réévaluation.

Dans un avis médical SMR du 22 mai 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a répété les constatations figurant dans son avis médical SMR du 16 février 2017, avant de souligner que le psychiatre de l'assuré retenait comme maladie un trouble dépressif, épisode actuel moyen depuis le printemps 2013, ce qui n'était pas de nature à justifier une incapacité de travail durable dans le cadre de l'assurance-invalidité. Le médecin du SMR a ajouté que les écrits d'Unia n'apportaient aucun élément médical nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte dans son dernier avis. Il s'agissait donc de l'appréciation différente et non médicale d'une situation similaire à celle prise en compte par le SMR. En conclusion, le Dr R.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position.

Par décision du 24 mai 2017 conforme à son projet du 21 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé.

**C.** Par acte du 3 juillet 2017, V.\_\_\_\_\_, représenté par Unia, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2014, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, ainsi qu'à la mise en œuvre et au financement d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En substance, il a fait valoir que l'intimé n'avait pas tenu compte de l'appréciation des Drs Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui avaient évalué l'incapacité de travail à 50 %, respectivement 40 % à 50 %, ni de celle du Dr U.\_\_\_\_\_ ou de la Dresse S.\_\_\_\_\_. La décision litigieuse était donc entachée d'une constatation inexacte et incomplète des faits. Enfin, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante aux frais du Tribunal cantonal auprès de H.\_\_\_\_\_. A l'appui de son propos, le recourant a produit les rapports médicaux précités des Drs Z.\_\_\_\_\_ (28 avril 2014), N.\_\_\_\_\_ (20 novembre 2015 et 24 janvier 2017), U.\_\_\_\_\_ (9 septembre 2014) et S.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ (15 décembre 2014).

Par réponse du 11 septembre 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a en particulier retenu qu'aucune aggravation significative de l'état de santé de l'intéressé ayant des répercussions sur son droit à la rente n'avait été constatée postérieurement à la décision négative du 3 février 2014. Les pièces médicales produites en procédure administrative ne permettaient pas de revenir sur cette appréciation. Pour le surplus, il a renvoyé à l'avis du 22 mai 2017 du SMR.

Par courrier du 12 septembre 2017 de la Cour de céans, une copie de la réponse de l'intimé a été remise au recourant et un délai échéant au 3 octobre 2017 lui a été imparti pour, le cas échéant, fournir ses explications complémentaires et toutes pièces éventuelles et présenter ses réquisitions.

Le recourant n'a pas répliqué.

**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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 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 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, 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) 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 134 V 418 consid. 5.2.1,

131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

**b)** En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 18 mars 2015. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 3 février 2014 par l'OAI et la décision litigieuse du 24 mai 2017.

**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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni 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, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient

pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

**4. a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI, 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. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une

appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

**b)** 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\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, 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. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**5.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée par le recourant et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi ce dernier. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 3 février 2014 et la décision litigieuse

du 24 mai 2017, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

**a)** Dans le cadre de l'examen de la première demande du recourant, l'OAI s'est fondé essentiellement sur le rapport d'expertise de l'appareil locomoteur du 30 août 2011 de la Dresse X. \_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de syndrome lombo-radiculaire irritatif à droite sur hernie discale L5-S1 et de lombo-radiculalgie de topographie L5 gauche sur sténose dégénérative L4-L5 et sans incidence sur la capacité de travail de syndrome bilatéral du tunnel carpien bilatéral, de maladie de Dupuytren à gauche et de perturbation des tests hépatiques. Elle a retenu en particulier que l'intéressé présentait une discopathie L5-S1, sans signes radiculaires caractéristiques d'une radiculalgie S1 droite. En revanche, les lombalgies persistaient et étaient habituelles dans ce type de discopathie. L'examen clinique permettait de retrouver un syndrome rachidien modéré et il existait 4/5 signes de Waddell, témoignant d'une surcharge. En outre, une altération de l'état général était observée, associée à une intoxication œnologique non avouée et pour laquelle une abstinence était exigible. A titre de limitations fonctionnelles, l'experte a mentionné la station debout statique prolongée de plus de deux heures durant trois mois, la station assise prolongée de plus de deux heures durant trois mois, la marche prolongée de plus d'une heure durant trois mois, la limitation de position en porte-à-faux lombaire, la limitation pour le port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence), le déplacement en hauteur en raison des risques de chute si les phénomènes douloureux aigus apparaissaient et l'utilisation d'engins vibrants de façon prolongée compte tenu du syndrome du tunnel carpien. Dans ce contexte, elle a estimé qu'à condition de respecter les limitations fonctionnelles précitées, il n'existait pas de restrictions à ce que l'intéressé reprenne son travail à 100 % dès le 15 juillet 2011, avec une baisse de rendement de 20 % et que dans une activité encore mieux adaptée, très légère, la capacité de travail était de 100 % horaire et rendement dès le jour de l'expertise.

Afin d'évaluer de manière concrète la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, celui-ci devait effectuer des stages pratiques chez F.\_\_\_\_\_ à un taux de 50 % et 100 % et chez W.\_\_\_\_\_ avec un taux de présence de 50 %. Au terme de ces stages, qui n'ont pas été réalisés au taux d'activité prévu, les personnes responsables ont souligné qu'une activité à 30 % semblait être le maximum envisageable pour le recourant (rapport de restitution de la mesure « orientation emploi » du 21 janvier 2013), respectivement que l'exigibilité de 100 % dans une activité adaptée n'était pas validée (note de suivi du 28 février 2013). Cela dit, le Dr J.\_\_\_\_\_ a néanmoins fait siennes les conclusions de l'experte X.\_\_\_\_\_ et estimé que les rapports de stages, qui n'apportaient pas d'éléments d'observation objectifs, ne pouvaient être suivis. Selon lui, l'exigibilité était ainsi clairement de 100 % dans une activité adaptée (avis médical SMR du 5 mars 2013 confirmé par les avis médicaux des 8 et 25 avril 2013 de ce même médecin et, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, par le rapport SMR du 17 décembre 2013 du Dr R.\_\_\_\_\_).

Sur cette base, l'intimé a retenu dans sa décision du 3 février 2014 que le recourant disposait dès février 2011 d'une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle (travail peu adapté) et de 100 % dans une activité entièrement adaptée, à savoir sans port de charges lourdes à répétition en position de porte-à-faux de la colonne vertébrale. Faute de recours dans le délai imparti, cette décision est entrée en force. Elle est définitive.

**b)** Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, l'intimé s'est fondé principalement sur l'avis du 16 février 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR, qui faisait notamment suite aux avis médicaux des Drs K.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_.

**aa)** Sur le plan somatique, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail du recourant était inchangée depuis la dernière décision AI (avis médical SMR du 16 février 2017). Il a estimé qu'il n'y

avait eu aucune aggravation clinique au niveau moteur et sensitif dans le membre inférieur droit, que les paresthésies dont l'intéressé se plaignait avaient déjà été prises en compte en décembre 2013 et que la gammopathie monoclonale était asymptomatique. Il a en outre exclu toute limitation fonctionnelle en lien avec la polyneuropathie.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, seule question véritablement pertinente dans le cas d'espèce, ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier.

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a certes posé dans son rapport médical du 24 juin 2015 les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites avec irradiation dans le membre inférieur droit sur troubles dégénératifs sévères avec discopathie L5-S1 et spondylolisthésis et hernie discale médiane et paramédiane bilatérale en L5-S1 et de polyneuropathie des membres inférieurs d'origine mixte, avant d'évaluer la capacité résiduelle de travail du recourant à 30 % au maximum dans une activité permettant différentes positions. Il a fait état d'une impossibilité pour l'intéressé de lever des charges et de rester toute la journée debout ou assis, ainsi que d'une diminution intense du rendement étant donné qu'il ne pouvait pas effectuer tous les travaux qui lui étaient demandés sur un chantier. Le 6 septembre 2016, le praticien a encore produit un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 30 août 2016, concluant à une volumineuse hernie circonférentielle en L5-S1 rétrécissant le canal rachidien et les trous de conjugaison à prédominance gauche et à un contact avec la racine L5 gauche. Il apparaît toutefois que les lombalgies et les troubles dégénératifs du rachis mentionnés par le praticien n'étaient pas nouveaux et avaient déjà été pris en compte par la Dresse X. \_\_\_\_\_ et les médecins du SMR pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'intéressé lors de sa première demande de prestations AI. Il en allait de même de la volumineuse hernie discale L5-S1, qualifiée comme telle depuis 2010 (rapport d'IRM du 5 août 2010). Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a en outre pas expliqué en quoi ces pathologies s'étaient aggravées et auraient eu un impact plus important que dans le passé sur

la capacité de travail du recourant. Les paresthésies n'étaient pas nouvelles non plus puisqu'elles étaient diagnostiquées depuis 2013 au moins (rapport du 26 août 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_). De surcroît, du propre aveu du Dr K.\_\_\_\_\_, elles avaient diminué en 2016 (rapport du 6 septembre 2016), ce qui exclut toute aggravation. Le diagnostic de polyneuropathie est le seul élément médical que l'on pourrait qualifier de nouveau. A cet égard, on relèvera cependant que le praticien s'est contenté de poser ce diagnostic - au demeurant écarté dans le rapport provisoire du Service de neurologie du L.\_\_\_\_\_ établi suite à une consultation du 26 avril 2017, faute d'argument clinique ou électrophysiologique - sans objectiver son propos. Il n'a pas expliqué en quoi ce diagnostic aurait eu un impact sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il n'a en particulier fait état d'aucune limitation fonctionnelle spécifiquement en lien avec cette pathologie. La Cour observe encore que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K.\_\_\_\_\_ étaient essentiellement superposables à celles retenues par le SMR lors de l'examen de la première demande de prestations. Enfin, la diminution de rendement décrite par le praticien concernait la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant sur les chantiers, et non la capacité de travail dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, les éléments apportés par le Dr K.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de s'écarter des conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a fait état d'une irritation radiculaire S1 gauche consécutive à une hernie L5/S1, sans déficit significatif ni signe de dénervation (rapport du 24 mars 2014) et d'un syndrome lomboradiculaire irritatif S1 à gauche (rapport du 28 avril 2014). Il en a déduit, sans aucune motivation, que, l'intéressé était incapable de travailler à plus de 50 % du point de vue neurologique. Or, comme mentionné ci-dessus, les troubles mentionnés par le spécialiste ont déjà été discutés en détail par l'experte X.\_\_\_\_\_, qui les a pris en compte pour déterminer notamment la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. De surcroît, le médecin n'a pas objectivé son propos. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de s'écarter du point de vue du SMR nettement mieux explicité.

Le Dr U. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de volumineuse hernie discale L5-S1 médiane dans le cadre d'une discopathie L5-S1 isolée et relevé que l'examen neurologique montrait un Lasègue positif à 30° à gauche, les réflexes étant présents et symétriques, la force et la sensibilité conservées (rapport du 9 septembre 2014). Il a en outre précisé que penser espérer remettre l'intéressé dans le circuit du travail avec ce type de pathologie lui paraissait totalement illusoire. Bien que le spécialiste ne se soit pas exprimé expressément sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, on peut en déduire qu'il l'estimait faible voire nulle, même dans une activité adaptée. Cela dit, sa prise de position ne permet pas non plus de faire naître un doute quant à l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR. En effet, comme le Dr Z. \_\_\_\_\_, le Dr U. \_\_\_\_\_ n'a apporté aucun élément médical nouveau - la hernie discale faisait partie des diagnostics posés par la Dresse X. \_\_\_\_\_ et la manœuvre de Lasègue y était déjà notée comme positive dans son rapport d'expertise du 30 août 2011 - et n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles il se justifiait, selon lui, de considérer que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée serait inférieure à 100 %.

Les Dresses S. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, qui ont posé les diagnostics, connus, de gammopathie monoclonale MGUS IgM lambda et de déficit en Vitamine B12 et folate, ne se sont pas prononcées sur la capacité de travail du recourant (rapport du 15 décembre 2014). Il en va de même des médecins ayant rédigé le rapport provisoire du Service de neurologie du L. \_\_\_\_\_, établi suite à une consultation du 26 avril 2017, et retenant les diagnostics déjà pris en considération par l'experte X. \_\_\_\_\_ de lombosciatalgies gauches, possiblement déficitaires sur volumineuse hernie discale L5-S1 et de syndrome du canal carpien bilatéral. Leurs avis ne seront dès lors pas discutés plus avant, dans la mesure où ils ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée.

**bb)** Sur le plan psychique, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucune problématique incapacitante chez le recourant (avis médical du 16 février 2017).

Le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a pas dit le contraire. En effet, s'il est vrai que dans son rapport médical du 20 novembre 2015, le psychiatre a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et retenu une incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique de 40-50 % dans une activité adaptée, il s'avère que le 24 janvier 2017, ce même médecin a estimé que l'évolution clinique depuis lors était favorable et qu'il n'y avait à ce moment-là pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique qui auraient empêché une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Aucun autre élément au dossier ne permet par ailleurs de conclure à un trouble psychique incapacitant chez l'intéressé.

**c)** Ainsi, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_. De surcroît, l'appréciation du médecin du SMR est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par le médecin du SMR.

**d)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation du recourant en 2017 reste essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 3 février 2014. En l'absence d'évolution notable de son état de santé, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de l'intéressé.

**6. a)** 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 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). 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, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C\_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, 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. 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<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 mai 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 V.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Unia Vaud (pour V.\_\_\_\_\_),
- 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 :