

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 novembre 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Véronique Fontana, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] est ressortissant de l'ancienne « République fédérale de Yougoslavie » (communauté des Etats de [...]). Au bénéfice d'une autorisation d'établissement de type C en Suisse, sans formation, il a œuvré dans le secteur du bâtiment (ouvrier), en dernier lieu du 9 avril 2005 au 4 mai 2006 comme « aide-monteur de voies » par l'intermédiaire de l'agence en placement de personnel W. _____ SA, à [...].

Le 12 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et/ou un reclassement, en raison d'un mal de dos d'origine malade avec une incapacité de travail à 100 % depuis le 19 novembre 2005. Après une opération du dos pratiquée en urgence le 15 janvier 2006 au Kosovo (chirurgie d'une hernie discale L5-S1 droite), des douleurs et des crampes sont apparues au membre inférieur droit (MID) depuis avril 2006 environ. Dans ce contexte, l'assureur perte de gain A. _____ a versé ses indemnités journalières aux taux d'incapacité de travail et périodes suivants :

- 100 %, du 16 décembre 2005 au 2 avril 2006 ;
- 50 %, du 3 avril 2006 au 18 avril 2006, puis ;
- 100 %, du 5 mai 2006 au 2 juin 2006.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le 7 novembre 2008, l'assuré s'est soumis à un examen clinique rhumatologique, confié au Dr T. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie au Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, à [...]. Dans son rapport du 20 novembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite compliquée d'une fibrose péri-radiculaire S1 droite et d'une récurrence de petite hernie discale L5-S1

droite (M 54.4) et de syndrome rotulien (M 22.2). Si l'incapacité de travail était totale depuis le 5 mai 2006 dans l'activité d'aide-maçon ou d'aide-monteur de voies au vu de ces diagnostics et des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires (à savoir : nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvements réguliers de poids excédant cinq kilos, pas de ports réguliers de charges supérieures à dix kilos, pas de travail en porte-à faux statique prolongé du tronc [rachis] et pas de genuflexions répétées, ni de franchissements réguliers d'escabeaux / échelles / escaliers [genoux]), la capacité de travail de l'assuré était évaluée à 70 % dans une activité adaptée dès le 15 juillet 2006, soit six mois après le geste chirurgical.

Aux termes d'un rapport du 2 décembre 2008, le Dr P._____, médecin au SMR, a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, des lombo-sciatalgies droites sur fibrose péri-radriculaire après cure de hernie discale L5-S1 en janvier 2006 et récurrence de hernie discale L5-S1 droite. Un syndrome rotulien à droite était mentionné à titre de pathologie associée. Le début de l'incapacité de travail était fixé au 19 novembre 2005. La capacité de travail était considérée nulle de façon stationnaire depuis le 5 mai 2006 dans l'activité habituelle, mais de 70 %, depuis le 15 juillet 2006, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance de la position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de poids de plus de cinq kilos, pas de port régulier de poids de plus de dix kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexions répétées et pas de franchissements réguliers d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers.

Dans un rapport daté du 25 novembre 2008 mais parvenu à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 décembre 2008, le Dr M._____, médecin traitant généraliste, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de sciatalgies séquellaires S1 droite à caractère neurogène existant depuis mai 2006. Il a également mentionné, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif réactionnel existant depuis mai 2007. L'incapacité de travail était évaluée comme suit : 100 % du 19 novembre

2005 au 2 avril 2006, 50 % du 3 au 30 avril 2006 et 100 % dès le 1^{er} juin 2007. Selon ce médecin, l'état de santé de l'assuré s'aggravait et l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Par contre, une activité légère, non statique, sans port de charges, ni position assise ou debout prolongée, restait possible à plein temps.

Du 7 septembre au 6 décembre 2009, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage d'évaluation à 70 % au sein de la section [...] ([...]) du Centre Orif, antenne de [...] [...]. A l'issue de ce stage, un collaborateur du centre Orif a informé l'OAI qu'il était impossible de déterminer une cible professionnelle précise, du fait de la réticence de l'assuré à s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle. L'intéressé ne se voyait pas travailler, il ne montrait ni dynamisme ni motivation. Une activité industrielle légère était toutefois envisageable, moyennant la possibilité d'alterner les positions, mais avec un rythme lent. Actuellement, l'assuré n'était manifestement pas apte au placement (pièces 60 et 62). Le rapport final rédigé le 25 janvier 2010 par le responsable de l'Orif [...] se termine comme suit :

“6. Conclusion et proposition

[...]

Nous proposons une orientation dans une activité qui occasionnerait des déplacements avec la possibilité de varier régulièrement les positions de travail debout et assise. Il convient à M. J. _____ de se diriger vers un emploi qui exige un minimum de compétences intellectuelles et qui propose des tâches simples et répétitives où le rendement n'est pas un élément prioritaire. Le travail en équipe est recommandé et ses prédispositions professionnelles conviennent à une structure qui produit en série avec des postes définis et organisés. C'est vers une activité d'ouvrier en usine ou dans un emploi auxiliaire que M. J. _____ devrait s'orienter.

Une telle intégration ne sera possible qu'au travers d'emplois ne requérant pas de connaissances professionnelles particulières. M. J. _____ n'est pas en mesure de définir des centres d'intérêt mais il se dit ouvert à tout travail adapté. Il devrait viser une activité dans des secteurs de production qui n'exigent pas d'efforts physiques importants, par exemple dans une centrale de distribution pour des travaux de conditionnements de petits articles ou dans des sociétés de fabrication de petites pièces, roulements, ferrements, charnières pour de petits assemblages, pour le tri en bout de chaîne et/ou le démontage / récupération d'éléments, voire dans des secteurs tels que l'injection plastique en qualité d'opérateur pour alimenter les machines et conditionner le matériel. Un plus serait une intégration

au sein d'une équipe comprenant une personne parlant la même langue que lui.

Le stage d'évaluation s'est terminé à la date prévue selon la décision, soit le 6 décembre 2009."

Le 14 décembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision l'informant de son intention de rejeter sa demande de prestations. Procédant à une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré, au vu des réticences de ce dernier à s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle, l'OAI retenait un taux d'invalidité de 37 % ne donnant pas droit à une rente.

Par acte du 8 février 2010 de son conseil de l'époque, l'assuré a signifié son désaccord avec ce projet. Il reprochait notamment à l'OAI d'avoir omis de tenir compte de sa situation psychique, telle que décrite dans le rapport du Dr M. _____ du 25 novembre 2008, ainsi que de son faible niveau scolaire et de sa connaissance limitée de la langue française.

Après avoir recueilli un avis SMR du 8 avril 2010 établi dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a, par décision du 4 mai 2010, rejeté la demande de prestations de l'assuré. En l'absence de diagnostic psychiatrique entraînant une incapacité de travail, l'appréciation de la capacité de travail de ce dernier ne devait être évaluée que sur le plan rhumatologique, et au vu des réticences de l'intéressé à s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle, l'OAI a retenu, sur la base notamment du rapport SMR du 2 décembre 2008, que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 5 mai 2006 dans son activité habituelle d'aide-monteur de voies - le début de l'incapacité de travail durable étant fixé au 19 novembre 2005 -, mais qu'elle était de 70 % depuis le 15 juillet 2006 (soit six mois après l'intervention chirurgicale pratiquée au Kosovo) dans une activité adaptée à son état de santé. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : alternance de position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de poids de plus de cinq kilos, pas de port régulier de poids de plus de dix kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexions répétées et pas de franchissement régulier d'escabeaux,

d'échelles ou d'escaliers. Après comparaison des revenus raisonnablement exigible sans (59'197 fr.) et avec invalidité (37'294 fr. 30) - au taux de 70 % et après un abattement de 10 % -, la perte de gain de l'assuré s'élevait à 21'903 fr. (59'197 fr. - 37'294 fr. 30), son degré d'invalidité était de 37 % ($[21'903 \text{ fr.} / 59'197 \text{ fr.}] \times 100$), ce qui ne lui ouvrait pas droit à une rente.

Par acte du 7 juin 2010, l'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La Cour de céans a, par arrêt du 13 février 2012 (CASSO AI 218/10 - 55/2012), rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 4 mai 2010. En substance et sur le plan médical, le tribunal a considéré en premier lieu, que le diagnostic d'état réactionnel dépressif mentionné pour la première fois par le Dr M. _____ le 25 novembre 2008 n'avait aucune incidence sur la capacité de travail, le médecin traitant estimant son patient apte à travailler à plein temps dans une activité légère qui respectait ses limitations fonctionnelles, alors que l'OAI ne retenait qu'une capacité de travail réduite à 70 %. Quant aux difficultés observées pendant le stage à l'Orif, soit notamment le manque de dynamisme et de motivation ainsi que le faible niveau scolaire et les difficultés en français, elles ne s'expliquaient pas par l'atteinte à la santé de l'intéressé et ne constituaient dès lors pas des facteurs dont l'intimé devait tenir compte dans la fixation de la capacité de travail de l'assuré. Sur le versant somatique, les trois documents produits par le recourant n'étaient pas de nature à mettre en doute, même faiblement, l'examen rhumatologique du 7 novembre 2008 et donc à modifier la capacité de travail retenue par l'OAI, soit que l'assuré présentait dès le 15 juillet 2006 une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au calcul du taux d'invalidité, vérifié d'office, il était bien de 37 % et n'ouvrait par conséquent aucun droit à une rente. Enfin, la mise en œuvre d'éventuelles mesures d'ordre professionnel n'était pas possible en l'état, compte tenu du rapport de l'Orif, l'assuré peinait à rentrer dans une démarche de réinsertion concrète et que, dans ses écritures, ce dernier ne sollicitait par ailleurs aucune mesure professionnelle, mais uniquement

l'octroi d'une rente entière d'invalidité (CASSO AI 218/10 - 55/2012 du 13 février 2012, consid. 4 et 5).

Le 19 mars 2012 (timbre postal), l'assuré a formé recours contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral, qui l'a déclaré irrecevable le 30 avril 2012 (TF 9C_156/2012 du 30 avril 2012).

B. Le 22 juin 2016, J._____ a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes. Cette démarche était motivée par des problèmes au dos et à la jambe droite (après trois opérations en raison d'hernie discale), ainsi que par une dépression, le tout remontant à 2006.

A l'appui de sa demande, l'assuré a produit deux certificats médicaux des 3 octobre et 18 novembre 2015 du Dr M._____ attestant une totale incapacité de travail du 13 octobre 2015 au 22 octobre, respectivement jusqu'au 25 novembre 2015, pour cause de maladie.

En réponse à un courrier du 24 juin 2016 impartissant à l'assuré un délai de trente jours pour produire à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision, l'OAI a reçu, le 22 juillet 2016, un rapport du 19 juillet 2016 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au médecin traitant après une consultation ambulatoire du 14 juin 2016. Ce document est libellé comme suit :

“Diagnostics - Antécédents - Interventions
Lombalgies chroniques
Probable failed back surgery en 2006
Probable état dépressif réactionnel
Status post-cure de hernie discale en 2006 L5-S1

Anamnèse

Il s'agit d'un patient de 44 ans, que je revois dans le cadre d'une intervention en 2006 pour une cure de hernie discale L5-S1 Dt mais peu efficace avec des douleurs résiduelles au niveau de la racine S1

ainsi que des lombalgies. Le patient a déjà été vu par l'AI à l'époque qui proposait un travail à 70% avec des changements réguliers des positions assise et debout. Malheureusement, le patient n'a jamais pu reprendre d'activité professionnelle, bénéficie de l'aide sociale et se trouve dans une situation socio-économique difficile. Le patient est dépressif.

Examens complémentaires

Une nouvelle IRM a été demandée vu que les anciennes sont trop anciennes.

IRM colonne lombaire: fibrose cicatricielle autour de la racine L5-S1 droite avec une discopathie MODIC 1-2 en L5-S1, reste du rachis sans particularité.

Problèmes et attitude

Je n'ai pas d'opération à proposer au patient ce jour, vu le contexte clinique réel ainsi que bio-psycho-social, je ne pense pas qu'une solution chirurgicale soit efficace. Je discuterai de cette situation avec mes confrères lors de notre prochain colloque multidisciplinaire de l'Unité de Réadaptation. [...]"

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 28 juin 2017), l'OAI n'est, par projet du 30 juin 2017, puis par décision du 14 septembre 2017, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations (rente et/ou mesures professionnelles), au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 4 mai 2010.

C. Par recours déposé le 16 octobre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, J. _____ représenté par Me Véronique Fontana, a conclu avec dépens à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI « pour qu'il instruisse et statue sur la demande de prestations AI ». Il reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir correctement et suffisamment instruit la dernière demande. Il allègue que l'OAI était tenu d'entrer en matière compte tenu d'une modification (péjoration) de la situation qui prévalait il y a huit ans, en l'absence désormais de traitement, de cure ou de nouvelle intervention chirurgicale ainsi que l'atteste le Dr K. _____ le 3 août 2016. Le recourant soutient que l'intimé n'ayant à tort pas diligenté une expertise ni même pris contact avec ses médecins traitants, l'instruction menée s'avérerait lacunaire et erronée. Il sollicite en conséquence la mise en œuvre d'une expertise médicale par le tribunal afin « d'établir son incapacité de travail permanente sinon de longue durée ». Le recourant a requis en outre,

l'octroi de l'assistance judiciaire. Sous le bordereau de pièces joint à l'acte de recours, figurait en particulier un rapport du 3 août 2016 du Dr K. _____ au Dr M. _____, rédigé à la suite d'une consultation du 6 juillet 2016. Après relecture des imageries au dossier en colloque multidisciplinaire, le Dr K. _____ n'avait aucune solution chirurgicale à proposer en l'absence de signe de compression neurologique, sous réserve d'infiltrations foraminales qui pouvaient être retentées mais sans succès garanti.

Le 17 octobre 2017, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 26 septembre 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Fontana.

Dans sa réponse du 16 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe que d'éventuelles nouvelles pièces produites en procédure de recours ne doivent pas être prises en compte, l'examen du tribunal en cas de litige étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Par réplique du 2 mars 2018, maintenant ses précédentes conclusions en intégralité, le recourant fait grief à l'OAI, avant de statuer sur la base d'un dossier incomplet, de ne pas lui avoir imparti un délai convenable pour déposer ses moyens de preuves, en l'avertissant des conséquences pour le cas où il n'obtempérerait pas aux injonctions. A ses dires, son nouveau médecin traitant généraliste depuis novembre 2016, le Dr H. _____, aurait obtenu des renseignements par téléphone de l'OAI le 20 juin 2017 sur le caractère complet du dossier, lequel se trouvait au SMR en vue d'une décision. Il maintient que son état de santé a subi une aggravation notable depuis 2010, avec notamment une récurrence d'une herniation discale récessale droite, produisant les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'IRM lombaire du 7 décembre 2017 de la Dresse Z._____, radiologue à l'Hôpital [...] [...]), qui met en évidence une discopathie L5-S1 avec présence d'une herniation discale récessale droite, luxée vers le bas en conflit avec la racine S1 droite qui est repoussée vers l'arrière. Ces conclusions sont comparées avec un rapport d'IRM lombaire du 6 mai 2008 déjà au dossier produit par l'intimé (pièce 19) ;

- un certificat médical du 18 décembre 2017 du Dr H._____ qui s'exprime comme suit sur l'évolution récente de l'état de santé du recourant :

“Monsieur J._____ présente des lombalgies chroniques dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L5-S1. L'aggravation de la symptomatologie douloureuse au début de l'année 2016 a en effet amené le patient à déposer une nouvelle demande de rente auprès de l'assurance-invalidité. Dans ce contexte, la patient a été adressé d'une part à la consultation de psychiatrie de l'unité de psychiatrie ambulatoire de [...], où il est suivi actuellement. D'autre part, il a été ré-adressé à la consultation d'antalgie au [...] où il a bénéficié de plusieurs infiltrations dans le courant de l'automne et de l'hiver 2016-2017, sans succès au niveau de la gestion des douleurs. Au contraire, le patient décrivait une péjoration progressive des symptômes.

En avril 2017, nous avons demandé à l'office de l'assurance-invalidité de nous fournir une copie du dossier médical et administratif du patient. A lecture des documents reçus en mai 2017, nous constatons qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux concernant la demande effectuée en 2016. Lors d'un contact téléphonique avec l'AI le 20.06.2017, on nous a cependant assuré que le dossier était complet et se trouvait au service médical régional de l'AI en vue d'une décision.

Le patient poursuivant par ailleurs une évolution défavorable au niveau des douleurs avec réponse insuffisante au traitement antalgique, une nouvelle IRM lombaire est réalisée en date du 07.12.17 (cf. copie). Cet examen montre une discopathie L5-S1 avec la présence d'une nouvelle herniation discale récessable droite, luxée vers le bas et en conflit avec la racine S1 à droite.

En conclusion, Monsieur J._____ présente une anamnèse d'évolution progressivement défavorable ce que vient confirmer la dernière imagerie. Dans ce contexte, le patient va être réadressé prochainement au spécialiste pour une réévaluation neurochirurgicale”.

Le 13 mars 2018, le recourant a encore produit un document à teneur duquel les médecins de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du [...] à [...] ont répondu comme suit :

- “1. *Depuis quand M. J. _____ consulte-il auprès de votre Unité de psychiatrie ambulatoire ?*
Monsieur est suivi dans notre unité depuis le 13.04.2017 avec une interruption de suivi entre juin et décembre 2017.
2. *Quelles sont les plaintes formulées par M. J. _____ ?*
Monsieur décrit une tristesse importante avec beaucoup de rumination en lien avec son état de santé actuel et sa situation économique-sociale.
Monsieur décrit également une irritabilité constante y compris dans son quotidien familial et des craintes de ne pas pouvoir contenir cette surcharge émotionnelle faite d'une accumulation de culpabilité, d'impuissance et de colère.
3. *Quelles sont, en résumé, vos constatations objectives (examens cliniques, dossier médical, etc.) ?*
Monsieur J. _____ est calme, collaborant, adéquat dans le contact.
Son discours est cohérent, information et présente par moment une coloration faite d'impuissance et de méfiance.
Monsieur présente une baisse au niveau thymique, avec des troubles du sommeil (endormissement et réveils précoces), des troubles de l'appétit, un léger ralentissement psychomoteur. Il présente également une anhédonie ainsi qu'une perte d'intérêt. Nous notons également des difficultés à se projeter dans le futur.
Présence d'idées suicidaires partiellement scénarisées sans intentionnalité de passage à l'acte défini dans le temps.
Monsieur évoque des facteurs protecteurs notamment ses enfants.
Description d'anxiété continue avec des moments d'exacerbation panique avec notamment une sensation d'oppression au niveau de la poitrine, des vertiges et une impression qu'il pourrait mourir.
Formellement la pensée est cohérente, avec cependant une persévérance illustrant les ruminations débordantes et incessantes et transmettant un sentiment d'impuissance à l'observateur. A certains moments Monsieur peut aborder des questionnements moins cycliques et s'étayer davantage sur la relation.
Absence de symptôme de la lignée psychotique ou maniaque.
4. *Quel est votre diagnostic (évt. Selon classification CIM10 et/ou DSM-5) ?*
F 62.8 Modification durable de la personnalité mixte (traits émotionnellement labile type impulsif prépondérant)
D.D : F 61.0 Troubles mixtes de la personnalité
F 32.01 Episode dépressif léger avec syndrome somatique
F 41.0 Trouble panique

5. *L'atteinte à la santé actuelle provoque-t-elle une incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici ? Dans l'affirmative dans quelle mesure (en %) ?*
Monsieur J. _____ présente une incapacité de travail à 100% actuellement pour toute activité.
6. *Quelles sont les limitations fonctionnelles provoquées par l'atteinte à la santé de M. J. _____ ?*
Monsieur présente une instabilité émotionnelle importante pouvant engendrer une irritabilité et des troubles attentionnels. Cette instabilité émotionnelle ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux peuvent se majorer sous stress c'est pourquoi Monsieur crée autour de lui un environnement hypostimulant afin d'éviter une perte de contrôle. Concrètement cela s'illustre par une tendance à l'évitement de la confrontation relationnelle.
Monsieur décrit clairement des difficultés de concentration et des troubles de l'attention même dans des situations de la vie quotidienne (difficulté de suivre le fil d'une conversation lors de repas en famille, télévision).
7. *Avez-vous des remarques à formuler ?*
Le suivi ayant repris depuis décembre dernier, nous avons pris le temps d'investiguer la situation psychiatrique de Monsieur J. _____ et allons débiter un traitement médicamenteux de type antidépresseur/anxiolytique de fond. Ce traitement pourrait influencer favorablement les éléments anxieux et dépressifs. Il est par contre peu probable qu'il influence les éléments de personnalité et les restrictions fonctionnelles qui en découlent (irritabilité émotionnelle et troubles attentionnels secondaires). Il paraît peu réaliste d'en attendre un effet significatif sur la capacité de gain."

Aux termes de sa duplique du 22 mars 2018, l'intimé a confirmé ses conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée.

Le 12 novembre 2018, Me Fontana a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 22 juin 2016 par le recourant.

3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins 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.

Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a ; cf. TF 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 3). 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; cf. TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement à la décision litigieuse ne peuvent être pris en considération (cf. TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 22 juin 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 4 mai 2010, et la décision litigieuse du 14 septembre 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. La Cour de céans doit vérifier si le recourant a rendu plausible, en procédure administrative, que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations du 4 mai 2010.

Au stade de la réplique, le recourant fait grief à l'OAI, avant de statuer sur la base d'un dossier incomplet, de ne pas lui avoir imparti un délai convenable pour déposer ses moyens de preuves, en l'avertissant des conséquences pour le cas où il n'obtempérerait pas à ses injonctions. Il fait par ailleurs valoir que, à la suite de la nouvelle demande, son médecin traitant, le Dr H._____, se serait entretenu par téléphone avec l'OAI le 20 juin 2017, lequel lui aurait alors répondu que le dossier était complet et qu'il se trouvait au SMR en vue d'une décision. Sur la base notamment de quatre rapports de ses médecins actuels qu'il produit, le recourant en déduit avoir démontré une « aggravation significative depuis 2010, avec notamment une récurrence d'une herniation discale récessale droite, provoquant des douleurs insupportables » justifiant la reprise de l'instruction du dossier.

b) Il convient de déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 4 mai 2010.

c) aa) Le 24 juin 2016, l'OAI a imparti un délai de trente jours à l'assuré pour produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de

santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Le rapport du 19 juillet 2016 du Dr K._____ produit dans le délai imparti devant l'OAI a été soumis pour appréciation au SMR (cf. avis du 28 juin 2017 du Dr F._____, spécialiste en médecine du travail). Aux termes de son projet de refus d'entrer en matière du 30 juin 2017, puis en l'absence de contestation, par la décision attaquée du 14 septembre 2017, l'OAI a constaté, en suivant l'avis du médecin du SMR, que le recourant n'avait apporté aucun élément rendant vraisemblable que sa situation s'était modifiée de manière notable depuis la décision du 4 mai 2010.

A l'aune de ce qui précède et contrairement à ce qu'il affirme, jusqu'au moment où a été rendue la décision attaquée, soit le 14 septembre 2017, l'assuré a disposé d'un délai largement suffisant pour amener des pièces au dossier ou prier son médecin de le faire, voire pour demander un délai supplémentaire à cet effet. Or il n'a procédé à aucune mesure. Dans ces circonstances, aucun moyen ne peut être tiré de renseignements qui auraient été obtenus, selon les dires du recourant, par téléphone ou par le médecin qui le suit depuis le mois de novembre 2016.

bb) En novembre 2008, le Dr T._____, rhumatologue, a examiné l'assuré dans les locaux du SMR à [...]. Sur la base de cet examen clinique rhumatologique, l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies droites sur fibrose péri-radiculaire après cure de hernie discale L5-S1 en janvier 2006 et récurrence de hernie discale L5-S1 droite (M 54.4) a été retenue, avec un syndrome rotulien à droite comme pathologie associée. Si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 5 mai 2006, le délai d'attente d'un an débutant le 19 novembre 2005, elle était de 70 % dans une activité adaptée, depuis le 15 juillet 2006, avec les limitations fonctionnelles suivantes : alternance de la position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de poids de plus de cinq kilos, pas de port régulier de poids de plus de dix kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de

génuflexions répétées et pas de franchissements réguliers d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers (rapport d'examen clinique rhumatologique du 20 novembre 2008 et rapport médical SMR du 2 décembre 2008). Ce point de vue a été repris puis entériné par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 4 mai 2010. Pour le surplus, le bien-fondé de cette dernière décision a été confirmé par le tribunal cantonal qui a admis que l'assuré présentait, dès le 15 juillet 2006, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'où un taux d'invalidité de 37 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente (CASSO AI 218/10 - 55 /2012 du 13 février 2012, consid. 4 et 5). Par arrêt rendu le 30 avril 2012, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré contre le jugement cantonal du 13 février 2012 (TF 9C_156/2012 du 30 avril 2012).

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit deux certificats médicaux des 3 octobre et 18 novembre 2015 du Dr M. _____ qui se limitent à attester des incapacités de travail ainsi qu'un rapport du 19 juillet 2016 établi par le Dr K. _____ dont il déduit une aggravation de son état de santé.

Le rapport du 19 juillet 2016 dont se prévaut le recourant est insuffisant pour remettre en cause, même faiblement, les conclusions du SMR. Cette pièce médicale ne contient aucun élément qui attesterait une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de rente a été établie. En effet, le Dr K. _____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques, probable failed back surgery en 2006, probable état dépressif réactionnel et status post-cure de hernie discale en 2006 L5-S1. Or, ces diagnostics étaient déjà connus en 2010. A lecture de l'IRM de la colonne lombaire demandée, l'atteinte est chronique. Cela ne rend pas plausible une péjoration durable de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait lors du rejet de la première demande de prestations. Au demeurant, le Dr K. _____ n'atteste aucunement une incapacité de travail. Au vu du contexte clinique réel et bio-psycho-social, ce chirurgien orthopédique ne propose pas de nouvelle intervention. Partant, le rapport du Dr K. _____ du 19 juillet 2016 n'est

pas déterminant dès lors qu'il se limite en définitive à faire état d'une situation déjà connue en 2010.

En tout état de cause, le Dr K. _____ ne fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse de juillet 2016. Ce faisant, il ne rend pas plausible une péjoration de la situation du recourant sur le plan somatique - les atteintes observées existaient déjà toutes au moment de l'examen clinique rhumatologique SMR du 7 novembre 2008 dont les conclusions ont par ailleurs été jugées probantes par la Cour de céans (CASSO AI 218/10 - 55 /2012 du 13 février 2012, consid. 4) - et ne justifie pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. Vu également le défaut d'une aggravation notable rendue plausible de l'état de santé psychique depuis 2010 en l'absence de diagnostic posé *lege artis* par un spécialiste jusqu'au moment de la décision attaquée (cf. consid. 3b supra), on doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

5. Au surplus, il convient de préciser que contrairement à ce que le recourant paraît penser à ce sujet, l'office intimé a correctement appliqué la jurisprudence évoquée ci-dessus (cf. consid. 3b supra) en ne tenant pas compte des rapports médicaux produits par l'intéressé au cours de la procédure de recours. Les quatre rapports dont se prévaut ce dernier à l'appui de sa cause ne sauraient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'ils ont été produits uniquement lors de la présente instance de recours, soit postérieurement à la décision litigieuse du 14 septembre 2017. Au regard de l'objet du litige, l'examen du juge est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Il n'y a, enfin, pas lieu de donner suite à la requête d'expertise médicale, cette requête sortant manifestement du cadre défini par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI.

6. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) 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. (cf. art. 69 al. 1bis 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Véronique Fontana. Sur la base de la liste des opérations produite le 12 novembre 2018, il convient de retenir un temps total de 12 heures et 41 minutes de prestations d'avocat-stagiaire (au tarif horaire de 110 fr. [cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ {Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3}]) et de 11 heures et 49 minutes de prestations d'avocat (au tarif horaire de 180 fr. [cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ]) – soit un montant s'élevant à 3'490 fr. 90 (1'365 fr. 10 + 2'125 fr. 80) –, somme à laquelle s'ajoutent les débours par 29 fr. 30 (cf. art. 3 al. 3 RAJ) et la TVA au taux de 8 % pour les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2017 (141 fr. 60), puis au taux de 7,7 % dès le 1^{er} janvier 2018

(134 fr. 75), ce qui représente un montant total de 3'796 fr. 55 (3'490 fr. 90 + 29 fr. 30 + 141 fr. 60 + 134 fr. 75) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 14 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Véronique Fontana est arrêtée à 3'796 fr. 55 (trois mille sept cent nonante-six francs et cinquante-cinq centimes), TVA comprise.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Véronique Fontana (pour J. _____),
- 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 :