

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 septembre 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Reinberg et Riesen, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à **E.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me François Gillard,  
avocat à Bex,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 17 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissant kosovar, V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, est marié et père de quatre enfants nés entre 2003 et 2012. Sans formation professionnelle, il a exercé en dernier lieu l'activité de ferrailleur pour le compte d'une entreprise de travail temporaire.

Le 18 juin 2012, V.\_\_\_\_\_ a été heurté par une camionnette, ce qui a notamment entraîné des douleurs à la colonne cervicale et dorsale. Il a été attesté d'une incapacité totale de travail depuis lors.

V.\_\_\_\_\_ a déposé en date du 14 novembre 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Procédant à l'instruction de cette demande, l'intimé a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré (rapport du 21 janvier 2013 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et rapport du 28 mars 2013 du Dr Z.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport médical du 16 juillet 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches intermittentes, de discopathies L4 à S1 et de hernie discale L5-S1 paramédiane. Tout en considérant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, il a estimé qu'elle était entière dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles suivantes : « inapte activité uniquement debout, dans différentes positions, déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, accroupie ou à genoux, rotation du tronc en position assise/debout, travail en hauteur, port de charges sup. à 10 kg. »

Par décision du 10 octobre 2013, l'office AI a dénié le droit de V.\_\_\_\_\_ à des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente. La

comparaison des revenus sans et avec invalidité fixés sur la base de la même table statistique - à hauteur respectivement de 62'420 fr. et 59'300 fr. - débouchait sur un degré d'invalidité de 5%, compte tenu d'un abattement du même taux en raison des limitations fonctionnelles.

Statuant par arrêt du 20 mars 2014 (AI 275/13 - 61/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a déclaré irrecevable le recours formé par V. \_\_\_\_\_ contre cette décision, désormais définitive et exécutoire.

**B.** Le 3 octobre 2016, V. \_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant, outre les atteintes du rachis déjà connues, une sténose de l'urètre et un diabète débutant.

Par courrier du 12 janvier 2017, V. \_\_\_\_\_ a informé l'office AI d'une aggravation de son état de santé survenue en 2016 qu'il a étayée par la production de deux certificats médicaux établis par le Dr G. \_\_\_\_\_ en date des 22 février et 18 mars 2016, dans lesquels il faisait notamment état de lombalgies et de cervicalgies.

Dans un rapport du 30 janvier 2017, faisant suite à un examen du 4 janvier précédent, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombo-pygalgies chroniques et de gonalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs, toutes deux avec un déconditionnement musculaire, ainsi que d'un diabète de type II. Ayant rappelé avoir été consulté une première fois par l'assuré en 2008, il a indiqué se charger de son suivi depuis le 4 janvier 2017 en raison d'une recrudescence des douleurs imputables, selon son patient, à l'accident subi en 2012. Renonçant à se prononcer sur la capacité de travail, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a renvoyé sur ce point à l'appréciation du médecin traitant.

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI en date du 2 mars 2017, dans lequel il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombalgies chroniques avec

troubles dégénératifs et déconditionnement général ainsi que de gonalgies gauches avec troubles dégénératifs également. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un diabète de type II. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité de ferrailleur depuis le 18 juin 2012, de même que dans toute autre profession.

Le 18 mai 2017, l'office AI a informé V.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui refuser l'octroi de toutes prestations (mesures d'ordre professionnel et rente d'invalidité), au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé depuis sa décision du 10 octobre 2013 et qu'il présentait toujours une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles étaient identiques à celles précédemment énoncées. Il précisait que le degré d'invalidité de 5% retenu dans le cadre de la décision du 10 octobre 2013 était maintenu.

Dans un rapport médical du 8 juin 2017 au Dr G.\_\_\_\_\_ adressé en copie à l'office AI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics que ceux figurant dans son rapport du 30 janvier 2017. Il a indiqué avoir revu l'assuré le 31 mai 2017, précisant qu'il y avait eu peu de changement dans la symptomatologie douloureuse lombaire. Au niveau du genou, l'introduction du Condrosulf avait apporté une aide ayant conduit à une diminution de la gêne d'environ 60% aux dires de son patient. Sur le plan professionnel, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a suggéré une évaluation des capacités fonctionnelles en vue de l'exercice d'une activité plus adaptée et légère, avec des ports de charges limités à 5-10 kg.

Par courrier du 19 juin 2017, V.\_\_\_\_\_ a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de calculer de manière plus précise son degré d'invalidité. Il a en outre annoncé la production de quelques pièces médicales supplémentaires.

Le 20 septembre 2017, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet de décision du 18 mai 2017.

**C.**           **a)** Par acte du 23 octobre 2017, V.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'office AI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

Pour l'essentiel, l'assuré reproche à l'office AI de s'être focalisé sur le fait que le degré d'invalidité présenté excluait le droit à une rente. Or, sa demande de prestations tendait également à l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Dès lors qu'il incombait à l'assurance-invalidité de financer sa reconversion professionnelle, il lui revenait de procéder aux mesures d'instruction idoines. Les limitations fonctionnelles mises en évidence sur le plan médical le justifiaient. Ainsi, selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, il n'était désormais plus en mesure de porter des charges supérieures à 5 kg alors que la limite s'élevait à 10 kg dans la décision du 10 octobre 2013. Partant, le port de charges de 10 kg n'était pas exigible. De même, la position assise ne pouvait plus être tenue de manière continue, alors que la décision précitée ne retenait pas l'alternance des positions assise et debout à titre de limitations fonctionnelles. Cette nécessité d'alterner la position assise et la position debout était renforcée par un problème nouveau, à savoir l'accumulation de calcaire dans le genou gauche. Dans ce contexte, le recourant a encore fait mention d'un nouvel élément, à savoir une hernie discale au niveau du bas du dos, inopérable à ce jour, et à laquelle un simple reconditionnement musculaire ne pouvait selon lui remédier. Les douleurs cervicales qu'il présentait depuis l'accident du 18 juin 2012, accompagnées d'inflammations chroniques, contribuaient également à empêcher l'exercice de certaines professions.

L'assuré en a déduit une aggravation de son état de santé qui aurait dû conduire l'office AI à examiner quelles professions étaient exigibles de sa part, compte tenu de ces limitations fonctionnelles. A ses yeux, il n'existait toutefois plus d'activités adaptées à son état de santé actuel, du moins avec un rendement normal. Dans l'hypothèse où une telle profession lui serait toutefois accessible, il fallait tenir compte d'un

rendement maximal de 50%, d'où un taux d'invalidité de 50% au minimum. Ainsi, l'office AI ne pouvait se contenter d'un degré d'invalidité théorique, mais se devait au contraire de diligenter une expertise pluridisciplinaire, en vue de déterminer dans quelle mesure son état de santé était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a encore sollicité la tenue d'une audience.

**b)** Dans sa réponse du 12 décembre 2017, l'office AI a indiqué que l'existence de limitations fonctionnelles n'était pas une condition dont la réalisation suffisait à ouvrir le droit à des mesures professionnelles, en l'absence d'une diminution suffisante de la capacité de gain de l'assuré. Sur le plan médical, il a relevé que les informations recueillies auprès des Drs G.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas d'admettre l'existence d'une modification de son état de santé depuis la décision du 10 octobre 2013. Il a en conséquence proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

**c)** En réplique du 15 février 2018, l'assuré a produit un certificat médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 9 février 2018, selon lequel le fait qu'il ne puisse plus porter de charges supérieures à 5 kg nécessitait la mise en oeuvre de mesures professionnelles. Dans ce sens, il a fait valoir que son degré d'invalidité était de 20% à tout le moins, compte tenu de l'écart séparant le revenu perçu avant son accident de celui qu'il toucherait actuellement dans une activité adaptée à son état de santé. Partant, il a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation en sa faveur, tout en précisant qu'il renonçait à l'allocation d'une rente.

**d)** Renvoyant dans sa duplique du 6 mars 2018 à sa réponse du 12 décembre 2017, l'office AI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

**e)** Le 5 avril 2018, l'assuré a fait savoir qu'il renonçait à la tenue de débats publics.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Le présent recours, formé en temps utile et dans le respect des formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), est en conséquence recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**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 (cf. ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le recourant ne conteste pas la décision rendue par l'office AI le 20 septembre 2017 ensuite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, en tant qu'elle concerne le refus de l'octroi d'une

rente d'invalidité. En revanche, il prétend à des mesures professionnelles, lesquelles lui ont été refusées au motif qu'il ne présentait pas une diminution de sa capacité de gain de 20% au moins.

**3. a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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).

**b)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable,

la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (cf. TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

**4.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114

V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**5.** Dans le cas d'espèce, il convient de se pencher sur les circonstances (médicales ou économiques) liées à la personne de l'assuré et d'examiner si elles se sont modifiées entre la décision du 10 octobre 2013 et la décision attaquée du 20 septembre 2017 au point d'influencer le degré d'invalidité du recourant.

**a) aa)** En premier lieu, il sied de constater que les nouvelles atteintes que sont le diabète de type II et la sténose de l'urètre (cf. notamment demande de prestations du 3 octobre 2016 ainsi que les rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_ et du Dr G.\_\_\_\_\_ datés respectivement du 30 janvier 2017 et du 2 mars 2017) ne sont selon toute vraisemblance pas incapacitantes, en l'absence de rapport médical allant dans ce sens.

**bb)** Le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2017 mentionne les diagnostics de lombo-pyralgies chroniques, de gonalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs, d'un déconditionnement musculaire et d'un diabète de type II. Tout en précisant, dans son précédent rapport du 28 mars 2013, n'avoir vu l'assuré qu'une seule fois en date du 19 juin 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ diagnostiquait alors des lombalgies chroniques avec sciatgies gauches intermittentes dans des discopathies L4-L5, L5-S1 avec une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche ainsi qu'un déconditionnement physique.

Sous réserve des gonalgies gauches et du diabète de type II, ces diagnostics sont quasiment superposables à ceux posés en 2017. Les gonalgies gauches sont l'expression des plaintes de l'assuré (cf. rapport médical du 30 janvier 2017, ch. 1.4). Dans le cadre de l'examen clinique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne relève rien de particulier à leur propos et le status neurologique des membres inférieurs est dans la norme. Dans son rapport du 8 juin 2017, il fait d'ailleurs mention d'un soulagement des gonalgies ensuite de l'introduction d'un traitement médicamenteux (Condrosulf) et observe qu'il y a peu de changement pour le surplus s'agissant de la

symptomatologie douloureuse lombaire par rapport à la situation de janvier 2017. Quant à la hernie discale, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne la cite plus expressément en tant que diagnostic dans son rapport du 30 janvier 2017. On peut supposer qu'elle doit être comprise dans la mention des troubles dégénératifs et, dans le cadre de son examen clinique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne donne aucune indication particulière en relation avec cette hernie de telle sorte que l'on doit en déduire que celle-ci n'a pas évolué depuis 2008 (cf. CT scan lombaire du 7 janvier 2008) au point d'influencer l'état de santé de l'assuré. S'agissant des cervicalgies (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2016), l'examen clinique du 4 janvier 2017 ne révèle rien de particulier. Par ailleurs, il ressort des dires de l'assuré lui-même que le bilan radiologique est rassurant, ce qui laisse supposer qu'aucune péjoration des atteintes à la colonne vertébrale n'a été objectivée. Enfin, il ressort des deux rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_ des 30 janvier et 8 juin 2017 que moyennant un reconditionnement musculaire, son patient pourrait travailler dans une activité adaptée et légère, avec des ports de charges limités à 5-10 kg.

**b)** A lire l'annexe au rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2017, l'assuré ne pourrait travailler que dans une position assise et sans port de charges supérieures à 5 kg. Il précise, s'agissant de l'activité sédentaire, que son patient présente des douleurs au dos après 3 heures. Il relaie ainsi les plaintes de son patient sans se prononcer sur l'objectivité de cette allégation en lien avec les atteintes diagnostiquées. Ce médecin fait également mention d'une capacité d'adaptation et d'une résistance limitées, sans cependant en préciser le genre. En fin de compte, dans son dernier certificat médical du 9 février 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ atteste de la nécessité de mesures de réadaptation en vue d'un travail adapté avec port de charges limité à 5 kg. Il peut en être déduit que pour le médecin traitant, une capacité de travail dans une activité adaptée est finalement envisageable. Ni ce médecin, ni aucun autre médecin ne fait mention d'une quelconque diminution de rendement dans une activité adaptée de telle sorte que le grief formulé dans le recours s'agissant de l'absence de prise en compte par l'office AI d'une diminution de rendement ne saurait être retenu.

Les limitations fonctionnelles résultant des atteintes du rachis ne se sont pas sensiblement modifiées entre 2013 et 2016, contrairement à ce que soutient le recourant. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ envisage des ports de charges jusqu'à 10 kg (cf. rapport du 8 juin 2017). Même dans l'hypothèse où le port de charges devait effectivement être limité à 5 kg, il n'affecterait pas la capacité de travail, laquelle demeure à 100%, nonobstant les certificats d'incapacité de travail délivrés par le médecin traitant (cf. notamment les certificats du Dr G. \_\_\_\_\_ des 22 février 2016, 18 mars 2016 et 30 septembre 2017), lesquels doivent être appréciés avec la réserve usuelle (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Quoi qu'il en soit, le marché du travail offre un choix suffisamment diversifié et vaste d'activités simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant.

**c)** L'analyse du dossier médical dans son ensemble permet d'admettre que l'état de santé du recourant est resté globalement stable entre 2013 et 2017, en l'absence d'une modification des circonstances propres à justifier une aggravation de l'invalidité.

**6.** Le recourant sollicite l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

**a)** Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>e</sup> révision de l'AI], FF 2005 4223 n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être

aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 139 V 399 consid. 5.1 ; 138 I 205 consid. 3.1). Ainsi, en vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 532 n° 2016 et les références citées). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et les références citées).

**b)** L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**c)** En l'espèce, le degré d'incapacité de gain (5%) est largement inférieur au degré d'environ 20% retenu par la jurisprudence.

Au demeurant le revenu tiré des activités professionnelles antérieures aux atteintes à la santé s'avère inférieur (cf. extrait du compte individuel AVS du 26 janvier 2017) au revenu statistique tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires en matière d'activités simples et répétitives, lesquelles sont accessibles à l'assuré (cf. décision du 10 octobre 2013). Par ailleurs, il convient d'admettre que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle.

On relèvera pour finir que, dans son rapport du 30 janvier 2017, le Dr Z.\_\_\_\_\_ observe que l'assuré présente des rachialgies chroniques dans le contexte d'un déconditionnement global mais aussi certainement social. Il émet en conséquence un pronostic réservé, dépendant beaucoup de l'investissement de l'assuré. Il ressort par ailleurs de son dernier rapport du 8 juin 2017 que le réentraînement musculaire n'est plus poursuivi. Il sied ici de souligner que, dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés (cf. TF 9C\_661/2016 du 19 avril 2017 consid. 2.3 et les références). Ceci rappelé, il incombe en premier lieu à l'assuré de se conformer aux mesures thérapeutiques qui lui sont recommandées par le corps médical. Quant aux facteurs sociaux susceptibles d'entraver l'accessibilité au marché du travail, ils ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. En effet, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

**7.** En définitive, en déniant le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel) motif pris que son degré d'invalidité n'avait pas changé depuis la décision du 10 octobre 2013, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 20 septembre 2017.

**8. 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 judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

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

**c)** Par décision de la magistrate instructrice du 16 novembre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Gillard. Celui-ci a produit sa liste des opérations le 26 avril 2018, laquelle rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié.

Partant, il convient de retenir 7 heures et 20 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'320 fr. auquel il y a lieu d'ajouter 36 fr. 20 de débours.

A ces montants, il convient d'ajouter la TVA. Dès lors que Me Gillard ne précise pas quelles opérations ont été effectuées jusqu'au 31 décembre 2017 – date jusqu'à laquelle le taux de TVA était de 8% – ou dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 – date à compter de laquelle ce taux est de 7,7% –, c'est le taux unique de 8% tel que retenu par le conseil d'office que l'on appliquera dans le cas d'espèce.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 1'464 fr. 70.

**d)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce 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 20 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me François Gillard est arrêtée à 1'464 fr. 70 (mille quatre cent soixante-quatre francs et septante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité 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 François Gillard, avocat (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).

Le greffier :