

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2019

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

Cause pendante entre :

A.J._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean Lob, avocat 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. **a)** A.J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, a travaillé comme opérateur sur machines à 100% auprès de V._____SA à [...] du 22 février 2000 au 23 août 2011. Il a été en incapacité de travail totale à compter de cette date.

L'assuré a été victime d'un accident de la circulation le 11 août 2009 en [...], lequel n'a toutefois pas eu de répercussions sur son état de santé et sur sa capacité de travail.

Le 14 novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant des douleurs cervicales invalidantes sur troubles dégénératifs depuis mai 2010 avec aggravation depuis avril 2011.

Dans un rapport médical du 19 décembre 2011, le Dr S._____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de cervicalgies droites sur discopathies et arthrose facettaire plurisegmentaire avec prédominance au segment C5-C6. Le pronostic était réservé après plusieurs blocs des articulations facettaires C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec un résultat clairement négatif.

Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur du 19 décembre 2011 que les tâches que devaient assumer l'assuré en tant qu'opérateur sur machines étaient les suivantes : suivi de production, réglage de machines et manipulation de charges, rarement supérieures à 10 kg.

Dans un rapport médical du 24 février 2012, le Dr S._____ a constaté l'absence d'élément sur le plan psychique pour retenir un état anxieux ou dépressif, tout en précisant que le patient était très affecté par son incapacité à reprendre son travail. Ce médecin a également indiqué qu'aucune activité n'était possible en l'état en raison des douleurs cervicales très sévères.

Par communication du 1^{er} mars 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu de l'état de santé de celui-ci et qu'il allait examiner le droit à une rente.

Un rapport médical du 30 mars 2012 de la Dre M._____, spécialiste en rhumatologie, faisait état de ce qui suit (sic) :

« A.J._____ présente une cervico-brachialgie droite, avec un syndrome cervicale cliniquement très important, avec une irradiation dans le membre supérieur droit. Le bilan neuro-radiologique et neurologique montre des altérations, mais leur importance paraît difficile pour expliquer une symptomatologie et une clinique aussi conséquente : le rachis cervical n'est quasiment pas mobilisable. L'ensemble du tableau ne répond à aucun traitement que se soit stéroïdien, myorelaxant, antalgique, local, et en infiltration. Le traitement physique n'a pas plus de succès. [...]. La compréhension de la situation est difficile ; l'antécédent de néoplasie anamnèstiquement invalidante, et la guérison totale avec évolution favorable interpelle sans que des conclusions évidentes ce manifeste. Un avis psychiatrique serait probablement utile. »

Sur mandat de la H._____SA, assureur perte de gain de l'intéressé, une expertise médicale pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès du Centre d'expertise L._____ (Centre d'expertise L._____) à [...]. Les Drs T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, B._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, spécialiste en médecine interne générale, ont rendu un rapport le 17 octobre 2012 dont on extrait ce qui suit :

« Sur le plan rhumatologique
(...)

En conclusion, A.J._____ présente des cervicobrachialgies droites avec un syndrome cervical important provoquant des irradiations dans le bras droit, avec un bilan neurologique et radiologique montrant des altérations somme toute modérées ne permettant pas d'expliquer une symptomatologie et une clinique aussi importantes et surtout n'expliquant pas ce blocage cervical majeur.

Sur le plan neurologique
(...)

En conclusion, le présent bilan ne fait pas la preuve d'une affection neurologique expliquant les plaintes formulées par A.J._____. En effet, l'irradiation douloureuse mentionnée par l'assuré est très atypique, l'examen clinique démontre des troubles sensitivo-

moteurs sans topographie radiculaire ou tronculaire, l'ENMG [électroneuromyogramme] ne permet pas de retrouver les discrètes anomalies mentionnées préalablement avec des tracés à basse fréquence mais normalement riches typiques de phénomènes de lâchage et, même si l'on admet une possible irradiation radiculaire C8-D1, il existe une discordance entre les éléments cliniques et les anomalies radiologiques qui au demeurant, si elles sont multi-étagées, sont encore modérées.

Sur la base des éléments précités, l'expert neurologue ne retient pas d'atteinte neurologique objectivable et en conséquence d'atteinte justifiant une incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement.

Sur le plan psychique

(...)

Tenant compte de l'évaluation rhumatologique et neurologique, il faut reconnaître l'existence d'un comportement démonstratif et un décalage entre les plaintes douloureuses et l'absence d'atteinte organique, ou une atteinte ne justifiant pas de tels signes cliniques. Les traitements antalgiques sont insatisfaisants malgré leur importance. A.J. _____ reste dans l'attente d'un traitement idéal pour soulager ses douleurs.

Ces éléments suggèrent l'existence d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. S'il n'y a pas de facteur de surcharge psychique, l'insatisfaction du résultat des traitements antalgiques peut être le facteur déclenchant de ce trouble.

Ce trouble entre dans le champ des troubles somatoformes.

Il ne survient pas dans un processus maladif ou d'affection chroniques durables, il n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas d'état psychique cristallisé, pas de perte de l'intégration sociale. Il ne remplit pas les critères d'un trouble invalidant.

La capacité de travail est entière et sans limitation. »

Les experts ont en définitive retenu les diagnostics de cervico-thoraco-brachialgie droite associée à une discopathie protrusive C5-C6 sans substrat somatique objectivable, notamment sans conflit discoradiculaire, de tendinopathie modérée de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire et discrète bursite et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont conclu à une capacité de travail entière dans toute activité.

Dans un rapport du 18 décembre 2012, le Dr S. _____ a mentionné, sur le plan de l'anamnèse, qu'il n'y avait pas de changement par rapport à son précédent rapport du 24 février 2012. Il a retenu, comme restrictions physiques dans l'activité habituelle, des douleurs de la

colonne cervicale au moindre mouvement ainsi qu'à la mobilisation du bras droit. Il a précisé être dans l'incapacité de juger de la réalité d'une majoration des symptômes en lien avec l'exigibilité de l'activité exercée jusqu'alors.

Par projet de décision du 22 mars 2013 confirmé par décision du 14 mai 2013, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

b) Le 20 février 2015, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, à laquelle il a joint un certificat médical du Dr S._____, qui mentionnait que son patient souffrait toujours de cervicalgies en relation avec une discopathie C5-C6 et une radiculopathie C8 droite, que les douleurs étaient d'une intensité de 10/10 et que l'incapacité de travail restait entière.

Par projet de décision du 8 mai 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors qu'aucun élément ne rendait plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force.

Sur demande de l'assuré, le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie, a adressé un courrier à l'OAI le 28 mai 2015, dans lequel il mentionnait que les symptômes d'alors avaient un impact majeur sur la capacité de travail et sur la qualité de vie de l'assuré. Tout en espérant une amélioration des symptômes et de la fonctionnalité de l'intéressé par une prise en charge multidisciplinaire, ce médecin précisait avoir peu d'espoir de voir celui-ci être capable de reprendre une activité professionnelle.

Dans un certificat médical du 15 juin 2015, le Dr S._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2013, les douleurs ayant passé du côté gauche et l'état psychologique de celui-ci s'étant dégradé. Ce médecin a mentionné l'apparition de symptômes

dépressifs nécessitant un traitement psychiatrique et médicamenteux depuis le 10 avril 2015.

Estimant qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré était plausible au vu de l'atteinte gauche depuis 2013, l'OAI a demandé un complément d'informations au Dr S._____. Celui-ci a indiqué, dans un rapport du 17 septembre 2015, une capacité de travail de l'assuré toujours nulle dans toute activité, les limitations fonctionnelles étant les douleurs de la nuque au moindre mouvement nécessitant la plupart du temps le port d'une minerve. Ce médecin a également fourni divers documents médicaux dont :

- un rapport relatif à une IRM cervicale et du plexus brachial pratiquée le 2 novembre 2012 ayant mis en évidence une protrusion discal médiane et paramédiane C5-C6 droite potentiellement responsable d'un conflit avec la racine C6 droite ;
- un rapport du 22 mars 2013 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie de l'épaule, faisant état d'une lésion interstitielle du tendon du sus-épineux et d'une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite et mentionnant qu'il n'existait aucune corrélation entre les douleurs et l'image radiologique ;
- un rapport du 31 juillet 2013 de la Dre F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin associée au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier N._____, dans lequel cette médecin indiquait avoir été frappée par le comportement très démonstratif du patient qui présentait sans aucun doute des lésions dégénératives cervicales ainsi que des tendinopathies au niveau de l'épaule, faisant état d'une grande discordance entre l'important syndrome douloureux et les trouvailles à l'examen clinique et radiologique ;
- un rapport d'IRM cervicale du 27 décembre 2013, indiquant qu'il n'y avait pas de changement de l'atteinte

dégénérative connue, centrée C5-C6, sans hernie discale apparue ni myélopathie et pas de changement non plus du rétrécissement foraminaux droit C5-C6 ;

- un rapport du 12 mars 2014 des Drs X._____ et P._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au sein du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier N._____, dans lequel ces médecins décrivaient un patient très démonstratif et extrêmement plaintif, rendant le status difficile à établir, tout en précisant qu'ils retrouvaient les mêmes signes que la Dre F._____ et ne mettaient pas en évidence de déficit sensitivomoteur ni de signe irritatif, ni de myélopathie;
- un rapport du 16 mai 2014 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, dans lequel ce médecin indiquait être frappé par des éléments de surcharge chez le patient, comme en 2012, précisant qu'il n'y avait pas d'anomalie significative objective sur le plan neurologique ;
- un rapport du 28 août 2014 du Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin associé au sein du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier N._____, dans lequel ce médecin préconisait l'introduction d'un traitement antidépresseur à visée antalgique ainsi qu'un avis de chirurgie plastique concernant des compressions périphériques ulnaires.

A la demande de l'OAI, le Dr V._____ a établi un rapport le 20 octobre 2015, dans lequel celui-ci a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et qu'il ne pensait pas que l'assuré puisse exercer une activité adaptée, la mobilisation même légère de la tête étant responsable de douleurs importantes. Il a précisé que la situation était stable tant au niveau des symptômes que de la quantité de médicaments nécessaires.

Par courrier du 25 mai 2016, l'assuré a expliqué pour quelle raison il n'avait pas été en mesure, dans un premier temps, de suivre un

traitement psychiatrique. Le 6 octobre 2016, il a écrit à son conseil qu'il avait débuté un tel suivi le 15 septembre 2016.

Dans un rapport reçu le 17 janvier 2017, la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, psychologue, ont retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.1). Elles mentionnaient comme limitations fonctionnelles des difficultés de concentration, un ralentissement psychomoteur et un manque d'énergie et précisaient que les difficultés psychiques de l'assuré découlaient de ses problèmes somatiques. Les médecins précités concluaient à une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un avis médical du 8 mai 2017, le Dr R._____ du SMR a mentionné qu'il fallait admettre l'émergence d'une nouvelle atteinte, à savoir l'épisode dépressif moyen, à partir de septembre 2016, date de la prise en charge psychiatrique et qu'il y avait lieu de réinterroger la psychiatre traitante de l'assuré.

Le 30 octobre 2017, la Dre Q._____ a répondu de la manière suivante aux questions qui lui ont été soumise par l'OAI :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état psychique de l'assuré depuis votre rapport du 17.01.2017 ?

Le patient a été suivi jusqu'au mois d'avril par sa psychothérapeute K._____, laquelle a quitté son activité au sein du cabinet le même mois. C'est la raison pour laquelle il a été convenu avec le patient qu'il recherche un autre thérapeute. Pendant ces derniers mois - de janvier à avril 2017 - le travail était focalisé sur la gestion de la douleur.

2. Quels (sic) sont les constatations objectives actuelles ?

Il m'est impossible de répondre à cette question étant donné que le patient n'est plus suivi à ma consultation depuis le mois d'avril.

3. Quel est le diagnostic psychiatrique actuel ?

Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11). »

Le médecin précité n'a pas été en mesure de dire si les limitations fonctionnelles avaient changé, ni quelle était l'évolution de la

capacité de travail du point de vue psychiatrique dans une activité adaptée.

Dans un courrier du 14 décembre 2017 adressé à son conseil, l'assuré a confirmé que le suivi psychiatrique avait été interrompu en avril 2017 et qu'il n'avait pas repris des consultations auprès d'un autre médecin psychiatre depuis lors.

Estimant que la situation du point de vue médical n'était pas suffisamment claire, l'OAI a, sur avis du SMR du 6 février 2018, mis en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique auprès du Centre H._____. Le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la Dre???._____, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport en date du 5 juillet 2018. Ils ont conclu à une capacité de travail entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges modérément lourdes et les positions de flexion et d'extension de la tête de manière soutenue et pas d'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal). Les experts ont en particulier relevé l'absence d'un suivi psychiatrique et le fait que l'assuré prenait des doses médicamenteuses beaucoup plus faibles que celles prescrites ce qui faisait douter de la réalité des douleurs mentionnées. L'expert psychiatre a posé le diagnostic d'anxiété généralisée et a précisé qu'il n'y avait en l'état pas suffisamment de critères remplis pour retenir un trouble dépressif moyen sans syndrome somatique. Il a ainsi conclu à une capacité de travail entière, le seul diagnostic d'anxiété généralisée, de surcroît sans suivi psychiatrique, ne suffisant pas à retenir une incapacité de travail. L'expert rhumatologue n'a retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, laquelle était, selon lui, entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les experts ont en particulier mentionné ce qui suit en lien avec les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail de l'assuré :

« 4. Evaluation consensuelle

(...)

4.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

En tant qu'opérateur de machines automatisées, la capacité de travail est complète, sans baisse de rendement, ceci depuis 2011.

Diagnostics non incapacitants

- Cervicobrachialgies bilatérales à prédominance droite dans le contexte de :
 - o Tendinopathie de la coiffe des rotateurs droits, arthrose acromio-claviculaire.
 - o Discopathies dégénératives pluri-étagées, prédominant en C5-C6, uncarthrose.
- Lombalgies intermittentes dans le contexte d'une discopathie L4-L5 anamnestique
- Anxiété généralisée, sans suivi psychiatrique.

4.3. Constatations/diagnostic d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Aucun.

4.4. Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Il n'y a pas d'éléments suggérant un trouble de la personnalité.

4.5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Sur le plan psychique, Monsieur A.J._____ a une histoire personnelle sans problème particulier, sans maltraitance, dans une famille unie d'agriculteurs. Il n'a pas été exposé à des événements marquants. Sa scolarité a été courte, comme c'est fréquent dans son pays, sans problème particulier ; hormis le turc, il parle le français et l'allemand. Il a des relations privées et des amis professionnels ; il n'a pas eu de conflits et, de plus, ne présente pas un trouble de la personnalité qui pourrait avoir un effet délétère sur ses ressources. En revanche, son anxiété généralisée, qui joue un rôle sur ses émotions, peut avoir des effets sur son raisonnement, qui échappe parfois à la logique.

Sur le plan rhumatologique, les altérations structurelles, non évolutives d'un point de vue radiologique, demeurant bien localisées (C5-C6 et coiffe des rotateurs droite), sont somme toute communes compte tenu de l'âge de l'expertisé. De ces atteintes dégénératives découlent les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes (plus de 25 kg), de port répété de charges modérément lourdes (au-dessus de 10 kg), d'utilisation répétée des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal, de positions statiques maintenues sur le long terme la tête fléchie ou en extension. Les limitations fonctionnelles décrites par l'expertisé ne correspondent pas à celles relevant des diagnostics retenus.

Le poste de travail - opérateur de machines - qu'occupait l'expertisé avant sa mise à l'arrêt de travail en 2011, respectait les limitations médicales décrites ci-dessus. Il s'agissant d'une activité de surveillance de production d'une machine automatique (production de médicaments), qui permettait les déplacements et l'alternance des positions assises et debout, avec prédominance de la position debout, où il n'y avait pas de port de charges lourdes si ce n'est occasionnellement le déplacement d'emballages de petite taille. Dès lors, la capacité de travail dans cette activité est entière. L'expertisé bénéficie de ressources physiques suffisantes, mais reste bloqué par la douleur pour des raisons non somatiques.

4.6 Contrôle de cohérence

Il y a cohérence entre experts à tous les niveaux.

On note une incohérence, à savoir que Monsieur A.J._____ se plaint beaucoup de ses douleurs, mais le dosage des médicaments montre que les médicaments ne sont pas tous pris.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Capacité complète

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Capacité complète

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Il n'y a pas d'incapacité de travail en tant qu'opérateur de machines automatisées : la capacité de travail est complète, sans baisse de rendement, ceci depuis 2011. La capacité de travail sur le plan psychique est également complète ; on notera qu'il n'y a pas de suivi psychiatrique. Par ailleurs, le monitoring montre que le taux de Tégretol (carbamazépine) est largement au-dessous de la marge thérapeutique, que la Quétiapine est non détectable, que la recherche d'opiacés est négative – alors que l'expertisé mentionne prendre de la morphine tous les jours. Ceci fait aussi douter de la réalité des douleurs mentionnées. Sans suivi psychiatrique ni médication, il ne saurait être retenu une incapacité de travail.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Un traitement psychiatrique est indispensable. Il peut être retenu un diagnostic d'anxiété généralisée ; ce diagnostic a aussi été relevé en janvier 2017 par la Dre Q._____, qui mentionne également un trouble dépressif moyen, sans syndrome somatique, mais il n'y a actuellement pas suffisamment de critères pour le confirmer, d'autant que l'observation ne le montre pas. A noter aussi qu'un trouble dépressif moyen ne justifie pas, de facto, une incapacité de travail.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

En tant qu'opérateur de machines automatisées, la capacité de travail est complète, sans baisse de rendement, ceci depuis 2011. Il en est de même pour toute activité respectant les limitations fonctionnelles précédemment détaillées, à savoir le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes et les positions de flexion et d'extension de la tête de manière soutenue, ainsi que l'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal. »

S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert rhumatologue a indiqué ce qui suit :

« Les cervicobrachialgies décrites par l'expertisé sont entièrement similaires à celles que l'on retrouve dans les descriptifs des rapports médicaux précédents, y compris dans la description de l'expertise de 2012, à l'exception d'une extension au membre supérieur gauche.

Globalement, le constat des différents spécialistes consultés converge vers une atteinte dégénérative des cervicales prédominante en C5-C6, arguments radiologiques à l'appui, avec des examens IRM répétés ne montrant en fait pas d'évolution notable ni d'aggravation.

De même, la répétition des examens neurologiques n'a jamais permis d'objectiver de compression des structures nobles secondaires à cette atteinte dégénérative. Le dermatome éventuel concerné est celui de D8, alors que la lésion structurelle anatomique visualisée est en C5-C6, donc sans corrélation anatomoclinique, comme cela l'a déjà été dans certains rapports médicaux.

De même, l'atteinte dégénérative de l'épaule droite, à savoir des lésions interstitielles tendineuses du sus-épineux et une arthrose acromio-calviculaire de l'épaule droite, ne trouve à nouveau pas de corrélation clinique, comme cela a été souligné non seulement par l'orthopédiste en 2003, mais à l'occasion de l'expertise de 2012. On retrouve actuellement cette absence de corrélation.

Les lésions non évolutives de nature dégénérative mises en évidence de manière répétée par les explorations radiologiques, en l'absence de compression neurologique, ne permettant pas d'expliquer le caractère réfractaire des douleurs énoncées par l'expertisé, douleurs d'emblée constantes, diurnes et nocturnes, persistantes au fil des années, d'intensité maximale dès le départ, et restant totalement hors de l'influence de tous les traitements adéquats entrepris. Ce tableau évoque un seuil douloureux abaissé, et une majoration de la symptomatologie que l'on retrouve non seulement dans la description verbale de l'expertisé, mais aussi dans les réactions physiques lors de l'examen de la région concernée, ainsi que dans les répercussion fonctionnelles décrites et montrées par l'expertisé (les difficultés aléatoires lors de la marche, alors que l'examen neurologiques révèle la totale absence de troubles de l'équilibre, l'expertise étant même capable de faire certaines épreuves difficiles comme l'épreuve du funambule).

Ces signes de surcharge possiblement psychogènes ont déjà été observés à différentes reprises, notamment mentionnés dans les rapports du Dr C. _____ ainsi que dans les rapports des Dres M. _____ (sic) et F. _____.

Il faut cependant souligner que l'expertisé reste cohérent dans ses propos, décrivant fidèlement les symptômes sans aucun changement au fil des anamnèses, se révélant une personne collaborante, non revendicatrice, à même de fournir des éléments relativement précis attestant de l'intérêt qu'il porte à la démarche des médecins et à sa santé.»

Se fondant sur le rapport d'expertise précité, le Dr R. _____ du SMR a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle qui respectait les limitations fonctionnelles de l'assuré, tout en estimant que celles-ci étaient en revanche peu compatibles avec une activité non qualifiée et physiquement lourde, à la portée d'un assuré sans formation.

Par projet de décision du 29 octobre 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, en l'absence d'atteinte physique ou psychique invalidante susceptible d'être à l'origine d'une incapacité de travail.

Par courrier des 27 novembre 2018 et 4 janvier 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité, en demandant à l'OAI de préciser quelles activités seraient raisonnablement exigibles de sa part.

Par décision du 14 janvier 2019 confirmant le projet du 29 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a en outre répondu à l'assuré par courrier séparé, daté du même jour, en précisant qu'il n'avait pas l'obligation de citer des activités raisonnablement exigibles et que l'activité habituelle de l'assuré était adaptée.

Par courrier du 15 janvier 2019, l'assuré a transmis un rapport du Centre d'antalgie du Centre hospitalier N. _____ du 14 janvier 2019, dans lequel le Dr V. _____ a conclu en mentionnant que le patient restait très limité par sa pathologie de cervicobrachialgies, stabilisée avec le traitement actuel et les perfusions de Xylocaïne et qu'il ne lui paraissait pas envisageable que celui-ci travaille du point de vue de l'impact fonctionnel que ses douleurs avaient dans sa vie, précisant que le port de la minerve et la médication ne pouvaient pas à être réduits.

En complément à son courrier du 15 janvier 2019, l'assuré a transmis, par courrier du 17 janvier 2019, un certificat médical du Dr O. _____, médecin traitant de l'assuré, daté du 7 janvier 2019, attestant d'une incapacité d'effectuer un travail, même à titre d'opérateur, ainsi

qu'un certificat de l'entreprise E._____Sàrl daté du 15 janvier 2018, mentionnant que l'assuré avait débuté un stage de trois semaines le 5 novembre 2018 et qu'après trois heures de travail seulement, celui-ci avait souffert de douleurs au cou et n'avait pas pu poursuivre le stage jusqu'à son terme.

Par courrier du 17 janvier 2019, l'OAI a indiqué que le rapport transmis n'était pas de nature à modifier sa prise de position.

B. Par acte du 6 février 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, recourt contre la décision de l'OAI du 14 janvier 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2015. Il produit, à l'appui de son recours, les pièces qu'il a jointes à ses courriers des 15 et 17 janvier 2019.

Par réponse du 11 mars 2019, l'intimé propose le rejet du recours, en se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 5 juillet 2018, tout en précisant que les pièces produites par le recourant à l'appui de son acte de recours ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise précité.

Par réplique du 14 mars 2019, le recourant mentionne ne pas avoir d'explications supplémentaires à fournir, ni de réquisitions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. 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 20 février 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 14 mai 2013 par l'OAI et la décision litigieuse du 14 janvier 2019.

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).

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. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. 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 14 mai 2013 et la décision litigieuse du 14 janvier 2019, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Par décision du 14 mai 2013, l'OAI a rejeté la première demande de prestations du recourant au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. L'intimé s'était en particulier fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 octobre 2012 établi sur mandat de l'assureur perte de gain du recourant. Sur le plan somatique, les experts avaient retenu que le recourant présentait des cervicobrachialgies droites avec un syndrome cervical important provoquant des irradiations dans le bras droit, sans toutefois que les bilans neurologiques et radiologiques ne permettent d'expliquer une symptomatologie aussi importante et surtout le blocage cervical majeur. L'expert neurologue n'avait d'ailleurs retenu aucune atteinte neurologique objectivable ayant une influence sur la capacité de travail qui restait entière. Sur le plan psychique, l'expert avait reconnu qu'il existait un décalage entre les plaintes douloureuses et l'absence d'atteinte organique et que ce fait suggérait la présence d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce trouble n'était toutefois pas invalidant et la capacité de travail restait entière et sans limitation.

b) Le 20 février 2015, le recourant a déposé une seconde demande de prestations, en invoquant une aggravation de son état de santé. Il mentionnait en particulier qu'il souffrait toujours de cervicalgies en relation avec une discopathie C5-C6 et une radiculopathie C8 droite et que les douleurs étaient intenses. Après un projet de refus d'entrer en matière, l'OAI, se fondant notamment sur un certificat médical du Dr S. _____ du 15 juin 2015, a estimé qu'une aggravation de l'état de santé du recourant était plausible au vu des douleurs qui s'étaient étendues au côté gauche depuis 2013 et d'une possible dégradation de l'état psychologique de celui-ci. L'OAI a alors recueilli divers avis médicaux avant d'ordonner une expertise médicale bidisciplinaire auprès du Centre

H._____, dès lors que la situation médicale n'était pas suffisamment claire. Les experts ont rendu leur rapport le 5 juillet 2018.

aa) Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue du Centre H._____ a relevé que les cervicobrachialgies décrites par l'expertisé étaient entièrement similaires à celles qui figuraient dans les descriptifs des rapports médicaux précédents, y compris dans la description de l'expertise de 2012, à l'exception d'une extension au membre supérieur gauche. Tous les médecins consultés s'accordaient à dire que le recourant souffrait d'une atteinte dégénérative des cervicales prédominantes en C5-C6, sans qu'une évolution notable ou une aggravation n'eût pu être constatée par des examens radiologiques ou par IRM. L'expert a également indiqué que les divers examens neurologiques effectués n'avaient pas permis d'objectiver de compression des structures nobles secondaires à l'atteinte dégénérative. De même, l'atteinte dégénérative de l'épaule droite, à savoir des lésions interstitielles tendineuses du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite, ne trouvait pas de corrélation clinique. Les lésions non évolutives de nature dégénérative mises en évidence de manière répétée par les explorations radiologiques, en l'absence de compression neurologique, ne permettaient pas d'expliquer le caractère réfractaire des douleurs ressenties par l'expertisé, douleurs d'emblée constantes, diurnes et nocturnes, persistantes au fil des années, d'intensité maximale dès le départ, et restant totalement hors de l'influence de tous les traitements adéquats entrepris. Selon l'expert, ce tableau évoquait un seuil douloureux abaissé et une majoration de la symptomatologie que l'on retrouvait non seulement dans la description verbale de l'intéressé mais aussi dans ses réactions physiques lors de l'examen de la région concernée, ainsi que dans les répercussions fonctionnelles décrites et montrées par l'expertisé. L'expert notait que ces signes de surcharge possiblement psychogène avaient déjà été observés à différentes reprises par les Drs C._____ (cf. rapport du 16 mai 2014), M._____ (cf. rapport du 30 mars 2012) et F._____ (cf. rapport du 31 juillet 2013). En définitive, l'expert n'a retenu aucun diagnostic, sur le plan somatique, ayant un effet sur la capacité de travail.

A l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport du 14 janvier 2019 du Dr V._____, médecin au sein du Centre d'antalgie du Centre hospitalier N._____, dans lequel celui-ci mentionne en particulier que le patient reste très limité par sa pathologie de cervicobrachialgies, qui est stabilisée avec le traitement actuel et les perfusions de Xylocaïne. Le médecin précité indique qu'il n'a pas d'autres propositions de traitement en l'état. Il mentionne qu'il ne lui paraît pas envisageable que le patient travaille du point de vue de l'impact fonctionnel que ses douleurs ont dans sa vie, tout en précisant que ni le port de la minerve, ni la médication ne pouvait être réduit. L'avis de ce médecin ne permet pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 5 juillet 2018. En particulier, le Dr V._____ ne pose pas de diagnostic nouveau. Il précise que la situation n'a pas beaucoup évolué du point de vue de l'antalgie, sans toutefois parler d'aggravation de l'état de santé du recourant du point de vue somatique. Au contraire, il évoque une stabilisation de la situation grâce au traitement actuel et aux perfusions de Xylocaïne. Le Dr V._____ n'explique en outre pas en quoi le recourant serait gêné dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant a également produit un certificat médical, daté du 7 janvier 2019, du Dr O._____ dans lequel ce médecin atteste qu'en raison de l'état de santé fragile imposant une lourde médication avec de nombreux effets secondaires, le recourant est dans l'incapacité d'effectuer un travail ou un emploi même à titre d'opérateur. Ce simple certificat médical, non motivé, ne suffit pas non plus à admettre une aggravation de l'état de santé du recourant et à s'écarter des conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire.

Il y a ainsi lieu de se rallier à l'avis de l'expert rhumatologue en ce qui concerne le volet somatique.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert W._____ du Centre H._____ a posé le diagnostic d'anxiété généralisée et a précisé qu'il n'y

avait pas suffisamment de critères remplis pour retenir un trouble dépressif moyen sans syndrome somatique. L'expert a ainsi conclu à une capacité de travail entière, le seul diagnostic d'anxiété généralisée, de surcroît sans suivi psychiatrique, ne suffisant pas à retenir une incapacité de travail. En effet, le recourant a cessé tout suivi psychiatrique depuis le mois d'avril 2017 et l'expert psychiatre a constaté que le recourant prenait des doses médicamenteuses beaucoup plus faibles que celles prescrites ce qui faisait douter de la réalité des douleurs mentionnées.

A cet égard, on relèvera que le Dr V._____, dans un rapport du 28 août 2014, préconisait déjà l'introduction d'un traitement antidépresseur à visée antalgique. Le 15 juin 2015, le Dr S._____ mentionnait l'apparition de symptômes dépressifs nécessitant un traitement psychiatrique et médicamenteux depuis le 10 avril 2015. Or ce n'est qu'en septembre 2016 que le recourant a débuté un suivi psychiatrique, lequel a été interrompu en avril 2017. Dans un courrier du 14 décembre 2017, le recourant a confirmé ce fait et a précisé qu'il n'avait pas repris de consultations auprès d'un autre médecin psychiatre depuis lors. On ne peut donc dans ce contexte retenir une aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

Quant à la Dre Q._____, si elle a certes posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (cf. rapport du 17 janvier 2017 et questionnaire du 30 octobre 2017), ce médecin n'a pas été en mesure de décrire quelles étaient les constatations objectives actuelles, dès lors que le recourant n'était plus suivi auprès d'elle depuis avril 2017, ni de dire si les limitations fonctionnelles avaient changé, ni quelle était la capacité de travail du point de vue psychiatrique dans une activité adaptée. Le diagnostic posé, au demeurant non motivé, ne saurait ainsi discréditer le rapport d'expertise du Centre H._____.

Aucune autre pièce médicale au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions de l'expert W._____, si bien qu'il y a lieu de s'y rallier.

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 rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 5 juillet 2018. De surcroît, l'appréciation des experts 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.

Par ailleurs, le certificat de stage, daté du 15 janvier 2018, produit par le recourant, selon lequel le stage en entreprise initialement prévu pour trois semaines a dû être interrompu après trois heures compte tenu des douleurs au « cou » ressenties par le recourant, ne suffit pas non plus à faire douter des conclusions des experts du Centre H._____. D'une part, on ignore quelle était la nature de l'activité effectuée et si celle-ci respectait les limitations fonctionnelles du recourant ; d'autre part, il ressort du rapport d'expertise Centre H._____ que le recourant ne suit pas scrupuleusement le traitement médicamenteux qui lui est prescrit, si bien qu'il n'est pas possible, dans ce contexte, de tirer des conclusions du certificat produit.

A cet égard, on relèvera que les experts du Centre H._____ ont clairement décrit en quoi l'activité habituelle exercée par le recourant respectait les limitations fonctionnelles qu'il présentait. En effet, ils ont mentionné que l'activité d'opérateur de machines consistait en une activité de surveillance de production d'une machine automatique qui permettait les déplacements et l'alternance des positions assises et debout, avec prédominance de la position debout, où il n'y avait pas de port de charges lourdes si ce n'est occasionnellement le déplacement d'emballages de petite taille. L'activité précitée respectait ainsi les limitations fonctionnelles du recourant, à savoir pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges modérément lourdes, pas de positions de flexion et d'extension de la tête de manière soutenue et pas d'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée (en l'occurrence l'activité habituelle), la situation du recourant en 2019 reste essentiellement la même par rapport à celle prévalant lors de la décision du 14 mai 2013. En l'absence d'aggravation 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.

7. Compte tenu 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 qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision de la juge instructrice du 8 février 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 février 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean Lob. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 5 juin 2019. Les opérations y figurant étant justifiées, l'indemnité de Me Lob est arrêtée à 1'620 fr. (9h x 180 fr.). Il convient d'y ajouter un montant forfaitaire des débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en

matière civile ; BLV 211.02.3]). Au final, le montant de l'indemnité de Me Lob est arrêtée à 1'832 fr. (1'620 fr. + 81 fr. + 131 fr. [1'701 fr. x 7.7%]), débours et TVA compris.

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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 janvier 2019 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 Jean Lob est arrêtée à 1'832 fr. (mille huit cent trente-deux francs), 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Jean Lob (pour A.J. _____),
- 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 :