

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Manasseh-
Zumbrunnen, assesseure,
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service
juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un certificat de capacité (CFC) d[...], a travaillé comme [...] à 100 % depuis le 15 janvier 2001 auprès de la commune de [...].

Le 25 avril 2011, l'assuré a déposé 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'OAI ou l'intimé). Il a indiqué, quant au genre de l'atteinte, que plusieurs affections pouvaient intervenir, raison pour laquelle il voyait différents médecins. Il a déclaré avoir été totalement ou partiellement incapable de travailler à plusieurs reprises durant les années 2010 et 2011 et ne pas être arrêté car il ne pratiquait en l'état plus d'activité lucrative pour « d'autres raisons ».

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a en particulier interpellé le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans un rapport du 31 mai 2011, ce dernier a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : trouble dépressivo-anxieux (F41.2) depuis 2006, personnalité borderline à traits abandonniques et cervico-brachialgies C7 droit depuis avril 2010. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un abus chronique à l'alcool antérieur à 2008. Il a indiqué que l'assuré avait connu de multiples incapacités de travail dès 2010 (accident et maladie) à des taux variant entre 50 et 100 %. Il a encore signalé une limitation probable de la capacité de travail de l'assuré tout en précisant qu'il était prématuré de se prononcer, une infiltration cervicale devant encore être effectuée. Etaient joints au rapport du Dr Z._____ :

- un rapport du 10 novembre 2008 du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant un alcoolisme chronique ancien et impulsif et mettant en évidence un tableau dépressif d'intensité moyenne (F32.1), évoluant depuis l'été et décompensant une personnalité anankastique (F60.5) avec rigidité, inhibition affective, conduite d'échec récurrente, impulsivité et traits abandonniques ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale du 16 août 2010 du Dr J._____, spécialiste en radiologie, concluant à une discrète discopathie C5-C6 et C6-C7 avec protusion médiane et paramédiane bilatérale des disques, à l'absence de véritable hernie discale et de rétrécissement des diamètres des trous de conjugaison ou du canal cervical ainsi qu'à l'inexistence de myélopathie et d'anomalie au niveau de la charnière cervico-occipitale ;

- un rapport du 28 septembre 2010 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, faisant état d'un minime syndrome cervical droit, d'une hypoesthésie de la face postérieure du bras droit, de signes de dénervation aiguë dans le myotome C7 droit et une petite hernie discale C6-C7 foraminale droite ;

- un rapport du 11 novembre 2010 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2) chez une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques et précisant qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique dans sa profession ;

- un rapport du 16 mai 2011 du Dr W._____, spécialiste en anesthésiologie, selon lequel l'examen clinique du jour montrait une petite hypoesthésie du pouce, de l'index et du bord externe du médus au niveau du membre supérieur droit, ainsi qu'une très légère hyporéflexie bicipitale droite, et indiquant qu'une infiltration de stéroïdes allait prendre place le 19 mai 2011.

Le 9 juin 2011, l'employeur de l'assuré a rempli le questionnaire envoyé par l'OAI dans lequel il a indiqué qu'il était mis un terme au contrat de travail le liant à l'assuré avec effet au 31 août 2011 au motif que les liens de confiance étaient rompus.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a demandé un rapport à la Dre S._____, spécialiste en rhumatologie, qui a, le 22 août

2011, posé le diagnostic de cervico-brachialgies et discopathies C5-C7 depuis 2009-2010 et a indiqué qu'il était prématuré de se prononcer sur les travaux encore exigibles de l'assuré qui dépendraient de l'évolution de sa brachialgie. A son rapport était notamment joint un rapport du Dr D._____ du 14 avril 2011 proposant de refaire une IRM cervicale pour évaluer l'évolution des cervico-brachialgies C7 droite en prévoyant une infiltration périradiculaire C7 droite.

L'OAI a également demandé un rapport au Dr T._____, spécialiste en chiropratique spécialisée, qui a posé, le 25 août 2011, les diagnostics de cervico-brachialgie droite réfractaire de topographie C7 avec atteinte électromyogramme (EMG) sur petite hernie discale C6-C7 foraminale droite depuis avril 2010 et de cervico-brachialgie gauche de topographie C6 avec signes discrets de dénervation aiguë dans le myotome C6 à l'EMG, sur petite hernie discale foraminale C5-C6 gauche depuis février 2011. Le Dr T._____ a indiqué que l'activité habituelle était exigible à 30 % et qu'en exerçant une activité professionnelle variée avec des efforts physiques légers et de courte durée, l'assuré pourrait reprendre un travail dans un délai raisonnable. Ce médecin a encore mentionné les restrictions suivantes : efforts physiques violents, répétitifs ou d'endurance, y compris le port de charges et le maintien de positions statiques pendant un long laps de temps. A ce rapport était annexé un rapport d'IRM cervicale du 26 avril 2011 du Dr J._____ concluant à une discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7 en progression depuis le 16 août 2010, à l'apparition d'une petite hernie discale de localisation foraminale C5-C6 gauche ainsi que C6-C7 dans la région foraminale droite. Il a constaté l'absence d'œdème radiculaire, de signe de myélopathie ou d'atteinte au niveau de la musculature paravertébrale. La charnière cervico-occipitale étaient en ordre et il n'y avait pas de lésion au niveau des apex pulmonaires ni d'adénopathie cervicale.

Sur la base d'un avis SMR du 13 septembre 2011 considérant que l'état de l'assuré n'était pas stabilisé, le Dr F._____, médecin au SMR, a proposé, le 17 janvier 2012, la mise en œuvre d'un examen rhumatologique ou orthopédique au SMR.

Par communication du 19 janvier 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de son état de santé.

Le 16 février 2012, le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin au SMR, a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assuré. Aux termes de son rapport du 6 mars 2012, il a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de cervico-brachialgies chroniques (M54.2) avec discopathies étagées avec protusions discales, hernie intraforaminale C5-C6 gauche et intraforaminale C6-C7 droite avec modification de type modic I débutante à l'espace C6-C7, syndrome radiculaire C6 gauche déficitaire sensitif et syndrome radiculaire C7 droit irritatif. Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2011.

Dans un rapport SMR du 30 avril 2012, le Dr F._____ a retenu comme atteinte principale à la santé des cervico-brachialgies sur discopathies étagées cervicales et hernie discale C5-C6 intraforaminale et a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée depuis novembre 2011 en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : absence de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive, monomanuel et 7,5 kg bimanuel ; pas d'élévation de charges bimanuelle occasionnelle au-delà de 15 kg ; pas de position statique prolongée en flexion ou extension du rachis cervical ; pas de mouvements brusques, de rotations droite-gauche du rachis ; pas d'activité nécessitant des mouvements d'antépulsion continus au-delà de 60° et occasionnellement au-delà de 90° au niveau des deux membres supérieurs ; éviter les positions statiques prolongées au-delà de l'heure sans possibilité de varier les positions au minimum une fois de préférence à la guise de l'assuré.

Le 19 septembre 2012, l'assuré a été opéré par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, qui a pratiqué une cervicotomie, une décompression et corporectomie C5-C6, une spondylodèse intersomatique, une cure de hernie discale bilatérale et une foraminotomie bilatérale prédominant à droite.

Par courrier du 31 octobre 2012 adressé à l'OAI, le Dr N._____ a indiqué que le maintien de l'assuré en tant que [...] était possible mais tout de même déconseillé au vu des mouvements de force dans le segment cervical avec un risque de travailler trop longtemps en porte-à-faux. Il a précisé que la taille des arbres était par contre tout à fait compatible avec l'intervention effectuée et que la reprise du travail paraissait possible à partir de 2013. Ce médecin a attesté une incapacité de travail du 1^{er} septembre 2012 au 3 mars 2013.

Pour faite suite à un avis SMR du 22 avril 2013, l'assuré a été examiné par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, le 20 février 2014. Dans son rapport du 1^{er} avril 2014, ce médecin a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : cervico-scapulagies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après décompression-stabilisation par voie antérieure C5-C6, C6-C7, spondylodèse intersomatique, décompression et corporectomie C5-C6 et cure de hernie discale bilatérale et foraminotomie bilatérale prédominant à droite pour canal étroit C5-C6 et C6-C7 sur spondylarthrose bi-étagée C5-C6, C6-C7 avec radiculopathie sensitive dans le territoire C6 droite (M54.2) ; lombocruralgies postérieures droite intermittentes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire (M54.4). Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un status après fracture claviculaire droite, un status après fracture du pied droit, une suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien bilatéral, un alcool-tabagisme chronique et une consommation intermittente de haschich et cocaïne. Il a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 25 janvier 2011 dans l'activité habituelle d'[...] et de [...]. Pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était totale dès novembre 2011, puis nulle dès le 1^{er}

septembre 2012 pour remonter ensuite à 80 % dès le 19 mars 2013, à savoir six mois après l'intervention chirurgicale cervicale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pour le rachis, nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion/extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ; pour les membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction de membres supérieurs à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg, pas de déploiement de force avec les mains, pas de travail de précision avec les mains.

Par avis SMR du 15 avril 2014, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, a reconnu une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 30 avril 2012 et a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 25 janvier 2011. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % dès novembre 2011, de 0 % du 1^{er} septembre 2012 au 18 septembre [recte : mars] 2013 et de 80 % dès le 19 mars 2013.

Durant un stage d'orientation professionnelle en ateliers mécaniques puis en imprimerie auprès du Centre de formation [...] débuté le 13 octobre 2014, le Dr Z. _____ a, le 28 novembre 2014, certifié que l'assuré était en arrêt total du 26 novembre au 30 novembre 2014, puis à 50 % depuis le 21 janvier 2015 avant que l'assuré n'interrompe définitivement la mesure le 20 février 2015.

Il ressort du rapport d'orientation professionnelle du 20 février 2015 que les difficultés physiques de l'assuré, malgré de bonnes capacités cognitives, mnésiques et professionnelles étaient trop importantes et trop envahissantes pour prétendre à une activité sur le premier marché de l'emploi et ce, quel que soit le domaine d'activités proposé. D'une part, les douleurs ressenties et les problèmes de mobilité occasionnaient trop d'absences et ne lui permettaient pas d'être régulier dans son travail et

d'autre part, trop d'aménagement auraient été nécessaires (nécessité d'alterner (très) fréquemment les positions de travail, pauses fréquentes, pas de port de charges, pas d'activité trop répétitive, pas de travail en porte-à-faux, etc.) pour l'aider à maintenir une activité dans l'économie, aussi légère et adaptée soit-elle.

Selon un rapport final REA du 23 février 2015, il était probable que l'état de santé de l'assuré se soit péjoré depuis l'examen clinique rhumatologique réalisé en février 2014 auprès du SMR. On pouvait tout au plus retenir une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée qui compte tenu d'importantes limitations fonctionnelles et du fort taux d'absentéisme n'était pas exploitable dans l'économie libre, quel que soit le domaine d'activité proposé.

Le 20 mars 2015, le Dr Z._____ a indiqué, dans un questionnaire de l'OAI du 11 février 2015, que les cervico-brachialgies étaient toujours présentes malgré l'opération du 19 septembre 2012 et qu'elles avaient été exacerbées dans l'activité aux ateliers mécaniques. Il a précisé qu'un taux de présence de 80-100 % n'était pas possible à cause des limitations fonctionnelles présentés par l'assuré, à savoir un port de charges de maximum 10 kg, une rotation de la tête et une élévation des bras de maximum 90° de façon répétitive, pas de position assise prolongée, ni probablement certains mouvements répétitifs.

Par avis SMR du 15 avril 2015, la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux sur le plan somatique et psychiatrique attestant une éventuelle péjoration de l'état de santé autre que celle décrite lors de l'examen rhumatologique de février 2014 et qu'il convenait de suivre les conclusions du Dr G._____ en fixant la capacité de travail dans l'activité habituelle à 0 % comme [...] et [...] et dans une activité adaptée à 100 % dès novembre 2011, 0 % dès le 1^{er} septembre 2012 et 80 % depuis le 19 mars 2013.

Par projet de décision du 1^{er} mai 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations dès lors qu'une activité adaptée était exigible à 80 % dès le 18 mars 2013 qui pourrait lui procurer un revenu excluant le droit à une rente d'invalidité, même partielle. De plus, les périodes pendant lesquelles il ne disposait d'aucune capacité de travail étaient inférieures à douze mois.

A la suite de la contestation du projet précité par l'assuré le 11 mai 2015, le Dr Z. _____ a, par courrier du 26 mai 2015, fait parvenir à l'OAI les différentes consultations de la douleur et infiltrations cervicales ayant précédé l'opération du 19 février 2015, ainsi qu'une attestation de sa part du 12 mai 2015 confirmant l'impossibilité de travailler du recourant en raison de douleurs intenses existant avant son importante opération du 19 septembre 2012. Il a par ailleurs informé l'OAI qu'un nouveau problème était actuellement pris en charge par le Dr N. _____ pour un problème orthopédique complémentaire et a transmis deux courriers de ce dernier des 1^{er} avril et 13 mai 2015 indiquant que l'assuré souffrait encore et toujours de myalgies dans la région du trapèze qui le limitaient pour un programme de réinsertion et mentionnant des modifications dégénératives atteignant l'articulation acromio-claviculaire avec ostéophytose inférieure, source d'un conflit avec le tendon du supra-spinatus, discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne, une petite déchirure partielle intéressant la station distale du supra-spinatus avec clivage tendineux communiquant avec la surface articulaire.

Par avis SMR du 10 juin 2015, la Dre H. _____ a admis une nouvelle atteinte à la santé pour une atteinte à l'épaule gauche pour laquelle une intervention chirurgicale était prévue le 30 juin 2015 par le Dr N. _____ qu'il conviendrait dès lors d'interroger en octobre/novembre 2015.

Le 11 novembre 2015, le Dr N. _____ a indiqué à l'OAI que l'assuré, opéré de l'épaule gauche le 30 juin 2015, avait récupéré à 85 % et qu'il présentait une capacité de travail de 50 % qui pourrait être

réévaluée dans un délai de six mois minimum, étant limité par une résistance contre charges, surtout en porte-à-faux.

Pour faire suite à un avis SMR du 1^{er} décembre 2015 de la Dre H. _____ considérant que la situation médicale n'était pas stabilisée, le Dr Z. _____ a, le 14 avril 2016, indiqué à l'OAI que l'état de l'assuré était stationnaire, qu'il était toujours en arrêt de travail complet avec un port de charges limité à 5 kg. Selon lui, la capacité de travail théorique de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 % tout en précisant que la dernière tentative de reprise avait échoué au printemps 2015.

Le Dr Z. _____ a également annoté le questionnaire soumis au Dr N. _____ le 11 novembre 2015 en précisant que la capacité de 50 % proposée avait été mal tolérée et que l'incapacité de travail était prolongée jusqu'au 30 avril 2016.

Par avis SMR du 25 avril 2016, la Dre H. _____ a suggéré qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique soit mise en œuvre afin de se positionner définitivement sur la capacité de travail de l'assuré en l'absence d'un examen clinique détaillé tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique et d'éléments cliniques objectifs pour justifier cette longue incapacité de travail depuis 2014 ainsi qu'en l'absence d'un suivi orthopédique/rhumatologique et/ou psychiatrique régulier et un traitement pharmacologique adéquat.

Par courrier du 22 août 2017, l'assuré a informé l'OAI avoir renoncé à un poste d'aide menuisier à 20 % sur appel pour lequel il avait été engagé par contrat de travail du 1^{er} janvier 2017 du fait de son état de santé pour lequel le Dr Z. _____ a attesté un arrêt à 100 % du 25 avril au 9 mai 2017.

Le 13 novembre 2017, les Drs K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie et U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assuré. Il ressort de leur rapport du 22 décembre 2017 que l'intéressé n'a jamais

présenté d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique, ni aucune atteinte incapacitante. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de [...] depuis le 25 janvier 2011 et de 80 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2016.

Par courrier du 10 janvier 2018, l'OAI, se référant à la contestation du 11 mai 2015 du recourant à l'encontre du projet de décision du 1^{er} mai 2015, a estimé que l'analyse des rapports des médecins traitants et ceux relatifs aux examens cliniques ne permettaient pas de remettre en doute son appréciation de 2015, ni de modifier le degré d'invalidité retenu.

Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations en confirmant son projet du 1^{er} mai 2015. S'agissant des mesures de reclassement, il a estimé que, pour autant qu'elles existent, elles auraient peu de chance d'aboutir sans l'entière collaboration de l'assuré, raison pour laquelle il avait renoncé à son intervention sous l'angle de la réadaptation.

B. Par courrier du 24 août 2020, le Dr Z. _____ a informé l'OAI de ce qui suit :

« Depuis votre décision d'août 2018, Monsieur R. _____ a subi 2 grosses interventions abdominales en 11/2019 et 06/2020 (cf. annexes), qui ont nécessité des arrêts de travail prolongés cette année.

Même si les différentes expertises rhumatologiques confirment qu'une « activité adaptée est exigible (avec un port de charge < 5 kg) », il n'en reste pas moins que les opérations orthopédiques et neurochirurgicales complexes du 19.09.2012 et du 30.06.2015 n'ont jamais apporté un soulagement suffisant de ses multiples douleurs, et d'autre part que l'intensité et chronicité des douleurs ne peuvent être bien évaluées que dans le cadre d'une activité professionnelle, et non pas au repos comme dans une expertise.

Je vous prie de considérer par conséquent une nouvelle demande AI 50 % pour réadaptation professionnelle que je sollicite pour Monsieur R. _____ et vous remercie de prendre acte de ma demande. »

A ce courrier était joint un rapport du 18 juin 2020 des Drs L. _____, spécialiste en chirurgie, et Q. _____, respectivement médecin-chef et médecin assistant du Service de chirurgie du Centre hospitalier

M._____ retenant comme diagnostic principal une hernie incisionnelle abdominale avec comme comorbidité active un état dépressif chronique traité, un syndrome de dépendance à l'alcool et un tabagisme actif et comme comorbidité passive une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) non stadé sans suivi pneumologique, une spondylarthrose bi-étagée C5-C6 et C6-C7 ainsi qu'une radiculopathie sensitive dans le territoire C6 droit. Ce rapport indiquait que l'assuré avait subi deux interventions le 2 juin 2020, à savoir une cure de hernie incisionnelle abdominale avec mise en place d'un filet dans l'espace rétro-musculaire préaponévrotique et une ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied droit. Il préconisait d'éviter le port de charges de plus de 10 kg pendant un mois et recommandait le port d'une ceinture abdominale pendant deux semaines 24/24h. Sur le plan orthopédique, les suites postopératoires étaient simples, le patient pouvant se mobiliser librement avec une semelle DARCO qui pourrait être arrêtée dès bonne fermeture de la plaie.

Le 27 août 2020, l'OAI a écrit à l'assuré pour accuser réception du courrier du Dr Z._____ du 24 août 2020 et pour l'informer que s'il souhaitait que son droit à des prestations AI soit réexaminé, il devait déposer une nouvelle demande et, en outre, rendre plausible la modification de son degré d'invalidité en produisant au moins un rapport médical contenant le diagnostic, la description de l'aggravation, le taux d'incapacité de travail, les limitations fonctionnelles et le pronostic.

Le Dr Z._____ a répondu à l'OAI le 9 septembre 2020 que les diagnostics étaient énumérés dans le rapport du 18 juin 2020 des Drs L._____ et Q._____, que le taux de capacité de travail dans toutes activités était nul et que l'aggravation de l'état de santé était due à des complications sévères après une coloscopie en septembre 2019. A ce courrier était notamment joint un rapport du 26 septembre 2019 des Drs A._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie thoracique, et B._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant du Service chirurgie du Site de [...] du Centre hospitalier M._____ posant le diagnostic de perforation sigmoïdienne post-coloscopie et exérèse de

polype du 23 septembre 2019 et précisant que le patient avait évolué très favorablement lors de son hospitalisation du 23 au 25 septembre 2019 et que les douleurs étaient en nette diminution avec reprise du transit et sans nausées ou vomissements.

Le 23 septembre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en indiquant des « douleurs cervicales récurrentes sans aucune évolution depuis le rapport NSS n° [...], voir régressif malgré de multiples tentatives » depuis un accident en 2010. Il précisait bénéficier d'une mesure du revenu de réinsertion du 14 septembre au 16 octobre 2020 en tant qu'agent de maintenance.

Par courrier du 15 octobre 2020, l'OAI a interpellé le Centre hospitalier M. _____ qui a notamment transmis les documents suivants en janvier 2021 :

- un rapport de consultation du 19 novembre 2019 du Dr L. _____ duquel il ressort qu'une coloscopie avait été réalisée le 10 septembre 2019 suivie d'une polypectomie des polypes infracentimétriques qui n'avait été que partielle en raison d'une perforation de la paroi colique qui avait nécessité une hospitalisation. Ce rapport précisait qu'au contrôle du 22 octobre 2019, le recourant se disait en bon état général et qu'une sigmoïdectomie était fixée au 26 novembre 2019 ;

- un rapport du 6 janvier 2020 des Drs L. _____ et E. _____, médecin-assistante, posant le diagnostic d'adénome tubulo-villeux avec dysplasie épithéliale de bas et de haut grade du côlon sigmoïde sur status après exérèse partielle par coloscopie avec perforation couverte en septembre 2019. Ce rapport mentionnait les opérations suivantes :

« **Le 26.11.2019 par le Dr L. _____** : sigmoïdectomie par laparoscopie
Le 29.11.2019 par le Dr L. _____ : laparoscopie puis laparotomie pour péritonite secondaire sur perforation grêle
Le 13.12.2019 en radiologie : drainage percutané abdominal sous contrôle échographique (échec car peu de liquide)
Le 20.12.2019 en radiologie : drainage pleural gauche » ;

- un rapport de consultation du 20 mai 2020 du Dr L._____ faisant suite à une hospitalisation de l'assuré du 26 novembre au 23 décembre 2019 pour un adénome tubulo-villeux avec dysplasie épithéliale de bas et de haut grade du colon sigmoïde traité par sigmoïdectomie par laparoscopie après échec d'une exérèse endoscopique. Les suites de l'intervention s'étaient compliquées d'une perforation intestinale grêle iatrogène avec péritonite secondaire qui avait nécessité une reprise chirurgicale. La plaie de laparotomie s'était ensuite infectée avec guérison par voie secondaire. Le patient avait développé avec le temps une hernie incisionnelle sur cette cicatrice de laparotomie, symptomatique sous forme de douleurs et d'une gêne fonctionnelle. Ce rapport précisait que l'assuré avait bien récupéré de son intervention chirurgicale et de ses suites malheureuses et se trouvait dans un bon état nutritionnel ainsi que psychologique pour aborder une nouvelle intervention chirurgicale fixée au 2 juin 2020 ;

- un rapport de consultation du 14 janvier 2021 du Dr UU._____ médecin adjoint au Service d'orthopédie-traumatologie faisant suite à une « ostéosynthèse de phalange proximale de D1 et de MT1 du pied droit » de septembre 2018 et proposant d'enlever la plaque le 2 juillet 2020.

Par avis SMR du 17 février 2021, le Dr DD._____ a indiqué qu'aucun élément n'avait été apporté permettant d'instruire suffisamment pour connaître l'évolution durable de l'état de santé de l'assuré depuis la précédente décision. Si les prises en charge chirurgicales orthopédique et digestives avaient nécessité des périodes d'incapacité de travail, celles-ci n'étaient pas durables et il n'y avait pas de modifications durables des limitations fonctionnelles. Il était cependant nécessaire de continuer l'instruction car des troubles psychiatriques et la persistance de problématiques rhumatologique et pneumologique avaient été décrits.

Interpellé par l'OAI le 17 février 2021, le Dr Z._____ a indiqué que les cervico-brachialgies chroniques invalidantes étaient toujours au premier plan et que l'assuré avait pu reprendre une activité à

50 % comme aide-technique et jardinier depuis le mois de septembre 2020. Il a expliqué que l'assuré n'était pas suivi par des spécialistes, ne bénéficiait que d'un coaching par les services sociaux et qu'une journée de travail à 50 % était un maximum pour l'assuré qui devait répartir ses tâches sur la semaine. S'agissant des limitations fonctionnelles, un port de charges de moins de 5 kg devait être retenu. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dès le mois de septembre 2020 après avoir été de 100 % de 2011 à avril 2020 et de 80 % de mai à août 2020. Le Dr Z._____ a cependant précisé qu'il fallait se référer à la dernière expertise ou reconvoquer l'assuré qu'il n'avait revu qu'une fois depuis son dernier courrier du 24 août 2020. A ce document était joint un rapport du 15 octobre 2018 du Service d'orthopédie et de traumatologie du Site de la [...] du Centre hospitalier M._____ posant le diagnostic de fracture multifragmentaire et intra-articulaire de métatarsien 1 et fracture comminutive P1 du pied droit et attestant une incapacité de travail totale du 9 octobre 2018 au 25 novembre 2018 avec une reprise totale le 26 novembre 2018.

Par avis SMR du 8 mars 2021, le Dr DD._____ a conclu à l'absence de modification durable de l'état de santé depuis la précédente décision, les limitations fonctionnelles restant similaires avec une épargne du rachis et l'absence de port de charges de plus de 5 kg, ce qui était également adapté à la cure d'hernie abdominale, comme le confirmait le médecin traitant.

Par courriel du 9 mars 2021, l'assistante sociale de l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'une mesure de coaching d'[...] concernant ce dernier du 2 mars 2021 duquel il ressort que l'assuré a obtenu un contrat de travail de durée indéterminée en tant qu'employé de maintenance à 50 % dès le 1^{er} avril 2021 après avoir bénéficié d'un stage d'insertion depuis le 14 septembre 2020. Il est précisé que durant ce stage, l'assuré avait tenté d'augmenter son taux de travail ce qui avait entraîné une recrudescence des douleurs générant des jours d'absence et une détérioration de l'état général de l'assuré et la constatation que l'assuré avait une capacité physique de travail limitée à 50 %.

Par projet de décision du 5 août 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité dès lors que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était toujours de 80 %, les périodes d'incapacité de travail découlant des interventions chirurgicales n'étant que limitées et n'ayant pas modifié les limitations fonctionnelles précédemment retenues. Concernant les mesures professionnelles, celles-ci n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités sans formation particulière était à la portée de l'assuré sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Par courrier reçu le 2 septembre 2021 par l'OAI, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité en alléguant que ses douleurs à la nuque et à l'épaule gauche étaient de plus en plus invalidantes et n'avaient pas été considérées à leur juste valeur en 2018. Avec ce courrier, il a produit des certificats médicaux du Dr Z. _____ attestant une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} avril au 30 septembre 2021.

Par décision du 27 septembre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé l'octroi de prestations AI à l'assuré.

C. Le 25 octobre 2021 (date du timbre postal), R. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 27 septembre 2021 par brèves annotations sur la décision déférée en joignant une lettre explicative du 24 octobre 2021 du Dr Z. _____ exposant qu'il ne pouvait pas travailler à 80 % pour des problèmes rhumatologiques complexes qui n'avaient pas été considérés à leur juste valeur lors de la 1^{re} expertise de l'OAI, ce dernier ne voulant en outre pas considérer que les problèmes de santé du recourant, déjà présents en janvier 2018, ne permettaient pas d'exercer une activité adaptée (à savoir un port de charges de moins de 5 kg) à plus de 50 %. Le recourant a également produit un courrier du 2 mars 2021 d'[...] déjà transmis à l'intimé par courriel du 9 mars 2021.

Par courrier du 24 novembre 2021, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 7 décembre 2021, le recourant, désormais représenté par Procap Suisse, a complété son recours et a conclu principalement, à la réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi de prestations, à savoir des mesures professionnelles ou une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il a fait valoir que sa capacité de travail s'était modifiée depuis sa dernière demande dès lors qu'il ne pouvait plus exercer une activité adaptée à plus de 50 %. A cet égard, il a soutenu que les dernières appréciations du Dr Z. _____ devaient être prises en considération dès lors qu'elles s'opposaient aux avis du SMR qui ne reposaient ni sur une expertise ni même sur un examen clinique et que l'intimé restait sur une position issue d'un examen clinique vieux de plus de quatre ans. En outre, il a indiqué rencontrer de nouveaux maux qui aggravaient d'autant plus sa situation.

Par décision du 21 décembre 2021, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avances, des frais judiciaires et de toute franchise mensuelle avec effet au 24 novembre 2021.

Dans sa réponse du 24 janvier 2022, l'intimé a exposé être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 25 août 2020 et avoir repris l'instruction du dossier qui a montré que si le recourant avait connu des périodes temporaires d'incapacité de travail (opérations en 2019 et 2020), il avait récupéré une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée comme l'avait expliqué le SMR dans son avis médical du 8 mars 2021. L'intimé a également remarqué que le recourant travaillait à 50 % dans une activité ne respectant pas complètement ses limitations fonctionnelles somatiques. Aussi, il ne pouvait que maintenir

que, dans une activité adaptée à son état de santé, le recourant conservait une capacité de travail de 80 % déjà retenue dans le cadre de la précédente décision. S'agissant des mesures professionnelles, celles-ci avaient échoué notamment en raison du fort absentéisme du recourant de sorte que l'intimé avait renoncé à une telle intervention tout en précisant que si le recourant était intéressé par de telles mesures et disposé à y participer activement, il pouvait le faire savoir par écrit afin que le dossier soit soumis au service de réadaptation.

Répliquant le 8 mars 2022, le recourant a fait part d'explications complémentaires selon lesquelles il était confirmé en pratique que le 80 % envisagé dans une expertise vieille de quatre ans n'avait jamais pu être réalisé en raison de son état de santé et qu'en réalité c'était au plus un 50 % qui pouvait être retenu dans un certain type d'activité à défaut de quoi cela conduisait inmanquablement à des absences de sa part. A cet égard, il a précisé que ses absences n'étaient pas les conséquences d'un défaut de motivation mais bien les conséquences de son état de santé. A l'appui de son écriture, il a produit un courrier du 28 février 2022 de son employeur actuel expliquant qu'il avait principalement la charge de la logistique du linge (déplacement des chariots) ainsi que de l'entretien des extérieurs (entretien des espaces verts) et d'autres travaux techniques comme le remplacement d'ampoules, robinets ou autre dépannages. Les travaux impliquant le port ou le déplacement de charges lourdes ne lui étaient pas demandés du fait de ses douleurs dans la région dorsale et après avoir constaté qu'il était absent après un effort soutenu.

Par duplique du 29 mars 2022, l'intimé a maintenu sa position en faisant valoir que divers rapports avaient été obtenus à la suite du dépôt de la nouvelle demande et qu'après analyse de ceux-ci, le médecin du SMR était arrivé à la conclusion que le recourant conservait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

Par courrier du 28 septembre 2022, le recourant a produit un courrier du 29 août 2022 de son employeur exposant qu'il était peu probable qu'il puisse assumer un poste supérieur à 50 %.

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) Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le point de savoir si son état de santé s'est aggravé de manière à influencer sa capacité de travail entre le 10 janvier 2018, date de la décision initiale, et le 27 septembre 2021, date de la décision litigieuse.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en

l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si 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.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi

que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 23 septembre 2020 par le recourant. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 10 janvier 2018 et la décision litigieuse du 27 septembre 2021, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Dans le cadre de la première demande, qui était motivée par des cervico-brachialgies et des troubles psychiques (cf. rapport du Dr Z. _____ du 31 mai 2011 et les rapports joints ainsi que les rapports du 22 août 2011 de la Dre S. _____ et du 25 août 2011 du Dr T. _____), l'OAI avait initialement retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée dès le 18 mars 2013 en s'appuyant sur les examens cliniques rhumatologique des 16 février 2012 et 20 février 2014 et sur les avis SMR des 15 avril 2014 et 2015. Dans la mesure où le recourant a connu un nouveau problème orthopédique nécessitant une opération de l'épaule gauche le 30 juin 2015, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique qui a eu lieu le 13 novembre 2017. Dans leur rapport du 22 décembre 2017, les Drs K. _____ et U. _____ ont conclu que le recourant n'avait jamais présenté d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique, ni aucune atteinte incapacitante. Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de [...] depuis le 25 janvier 2011 et de 80 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2016.

Sur la base de l'analyse des différents rapports des médecins ayant examiné le recourant (cf. attestation du Dr Z. _____ du 12 mai 2015, courrier des 1^{er} avril et 13 mai 2015 du Dr N. _____ et ses réponses du 11 novembre 2015, avis du Dr Z. _____ du 14 avril 2016 et rapport du 22 décembre 2017 des Drs K. _____ et U. _____), l'intimé a estimé que rien ne permettait de remettre en doute son appréciation du 1^{er} mai 2015, ni de modifier le degré d'invalidité du recourant malgré des périodes d'incapacité de travail n'excédant pas quelques mois. En outre, aucune pathologie psychiatrique n'était mise en évidence qui soit susceptible de restreindre la capacité de travail et de gain. Il a ainsi retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Faute de recours dans le délai imparti, cette décision est entrée en force (cf. arrêt AI 77/18 - 87/2018 du 23 mars 2018). Elle est définitive. Ainsi, les arguments du recourant selon lesquels il n'a jamais pu atteindre une capacité de travail de 80 % et que ses problèmes rhumatologiques n'ont pas été considérés à leur juste valeur dans le cadre de l'appréciation de sa première demande de prestations ne peuvent être

que rejetés, ceux-ci ayant déjà été examinés. Il en va de même de son argument selon lequel les opérations des 19 septembre 2012 et 30 juin 2015 n'ont jamais apporté un soulagement suffisant à ses multiples douleurs (cf. courriers du Dr Z. _____ des 24 août 2020 et 24 octobre 2021).

b) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de sa seconde demande de prestations, l'intimé s'est fondé principalement sur les avis émis les 17 février et 8 mars 2021 par le Dr DD. _____ du SMR, établissant la synthèse des informations médicales recueillies auprès des différents médecins consultés par l'assuré.

aa) Sur le plan somatique, s'il n'est pas contesté que le recourant a subi de nouvelles interventions depuis la décision du 10 janvier 2018, le Dr DD. _____ a cependant conclu à l'absence de modification durable de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision AI, les limitations fonctionnelles restant similaires avec une épargne du rachis et l'absence de port de charges de plus de 5 kg (cf. avis SMR du 8 mars 2021). Ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical du dossier.

Ainsi, le rapport du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier M. _____ du 15 octobre 2018 a retenu le diagnostic de fracture multi fragmentaire et intra-articulaire de métatarsien 1 du pied droit et a attesté une incapacité de travail entière du 9 octobre au 25 novembre 2018 avec une reprise totale le 26 novembre 2018.

Le recourant a subi une première coloscopie le 10 septembre 2019, puis une seconde le 23 septembre 2019 à la suite de laquelle il a dû être hospitalisé du 23 septembre au 25 septembre 2019 en raison d'une perforation sigmoïdienne post-coloscopie et exérèse de polype (cf. rapport du 26 septembre 2019 des Drs A. _____ et B. _____ et rapport de consultation du Dr L. _____ du 19 novembre 2019). Le recourant a ensuite été hospitalisé du 26 novembre au 23 décembre 2019 pour un adénome tubulo-villeux avec dysplasie épithéliale de bas et de haut grade

du côlon sigmoïde traité par sigmoïdectomie par laparoscopie après échec d'une exérèse endoscopique (cf. rapport du 6 janvier 2020 de Drs L._____ et E._____ et rapport de consultation du Dr L._____ du 20 mai 2020).

Le recourant a été admis le 2 juin 2020 au Centre hospitalier M._____ jusqu'au 6 juin 2020, d'une part, pour une cure de hernie incisionnelle abdominale par voie ouverte avec mise en place d'un filet et, d'autre part, pour une ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied droit. Sur le plan abdominale, le port de charges de plus de 10 kg était à éviter pendant un mois et le port d'une ceinture abdominale recommandée pendant deux semaines 24h/24h. Sur le plan orthopédique, le patient pouvait se mobiliser librement avec une semelle DARCO dont le port pourrait être arrêté dès la bonne fermeture de la plaie (cf. rapport du 18 juin 2020 des Drs L._____ et Q._____). Le Dr UU._____ a proposé d'enlever la plaque le 2 juillet 2020 (cf. rapport de consultation du 14 janvier 2021).

Au vu de ce qui précède, il y lieu de constater que le recourant a connu différentes problématiques au niveau de sa santé en lien avec son pied droit et avec son appareil digestif ayant nécessité une coloscopie qui a d'abord entraîné une perforation sigmoïdienne traitée par sigmoïdectomie par laparoscopie après échec d'une exérèse endoscopique, puis une cure de hernie incisionnelle abdominale. Si ces différentes interventions ont entraîné des incapacités de travail en octobre-novembre 2018, puis septembre, novembre et décembre 2019, ainsi qu'en juin et juillet 2020, celles-ci se sont révélées temporaires. De plus, aucun des rapports produits par le recourant n'est de nature à remettre en cause les conclusions du Dr DD._____ dès lors qu'ils ne se sont prononcés ni sur le taux de capacité de travail du recourant, ni sur ses limitations fonctionnelles. A cet égard, on relèvera qu'aucune limitation fonctionnelle nouvelle ne s'est ajoutée à celles déjà existantes. Si les Drs L._____ et Q._____ ont préconisé d'éviter le port de charges de plus de 10 kg, cette interdiction était limitée à un mois et le port d'une ceinture abdominale était recommandée pendant deux semaines.

S'agissant du pied droit, le port d'une semelle était conseillée jusqu'à la fermeture de la plaie. En outre, les différents rapports faisaient tous état d'un bon état général du recourant (cf. rapport du 26 septembre 2019 des Drs A._____ et B._____ et rapports de consultation du Dr L._____ des 19 novembre 2019 et 20 mai 2020). Enfin, on relèvera que le Dr Z._____ a lui-même indiqué que l'aggravation de l'état de santé du recourant était due à des complications sévères après une coloscopie en septembre 2019 (cf. courrier du 27 août 2020) sans attester d'une péjoration au niveau rhumatologique, celui-ci estimant d'ailleurs que les problèmes de santé du recourant remontaient à 2018 déjà (cf. courrier du 24 octobre 2021). En outre, les réponses que le Dr Z._____, qui n'avait revu le recourant qu'une seule fois depuis août 2020, a données aux questions de l'intimé du 17 février 2021 ne sont médicalement pas étayées se limitant notamment à constater une limitation fonctionnelle déjà présente (port de charges de moins de 5 kg) et à se référer à la dernière expertise. Aussi, ces réponses ne permettent-elles pas de rendre vraisemblable une péjoration de l'état de santé du recourant.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr DD._____ n'a retenu aucune problématique incapacitante chez le recourant, ce qui est confirmé par les éléments du dossier. A cet égard, on relèvera que le rapport des Drs K._____ et U._____ du 22 décembre 2017 avait conclu à une pleine capacité de travail du recourant au niveau psychiatrique dans toutes les activités. Outre le fait que cette question ait déjà été traitée dans le cadre de la décision du 10 janvier 2018, on constatera que le recourant ne se prévaut pas de cette atteinte éventuelle dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 23 septembre 2020 se limitant à invoquer des douleurs cervicales récurrentes. Seul le rapport du 18 juin 2020 des Drs L._____ et Q._____ a mentionné l'état psychique du recourant en indiquant un état dépressif chronique traité. Enfin, le Dr Z._____ a indiqué que le recourant n'avait pas de suivi psychiatrique mais bénéficiait seulement d'un coaching via les services sociaux.

c) Ainsi, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui

inciterait à douter des conclusions du Dr DD._____. Contrairement au recourant qui soutient que les avis du Dr Z._____ devraient être préférés à ceux du SMR qui ne reposeraient ni sur une expertise ni sur un examen clinique (cf. écriture du 7 décembre 2021), il y a lieu de rappeler que les avis SMR opérant une synthèse de la documentation médicale à disposition ne sont pas dénués de valeur probante mais peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5d *supra*). Or, l'examen du dossier ne fait pas ressortir de tels doutes dans le cas particulier, ainsi qu'il a été démontré ci-avant. Par ailleurs, les prises de position du SMR consistent en des rapports de synthèse motivés qui prennent en compte les différents avis des médecins qui ont examinés le recourant, ce qui permet de confirmer l'absence d'aggravation objective et significative de l'état de santé de ce dernier depuis la décision du 10 janvier 2018. A cet égard, on relèvera même une amélioration, le Dr Z._____ ayant fait état d'une incapacité de travail totale du recourant jusqu'à son courrier du 24 août 2020 (cf. attestation du 12 mai 2015 et avis du 14 avril 2016).

d) Le recourant se prévaut enfin d'un courrier d'[...] du 2 mars 2021, ainsi que de deux courriers de son employeur des 28 février et 29 mars 2022 selon lesquels il ne saurait travailler plus qu'à un taux de 50 %.

C'est le lieu de rappeler que les informations des organes d'observation professionnelle pour utiles qu'elles soient, ne sauraient en principe remplacer l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de juger de l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant, quels travaux on peut encore raisonnablement attendre de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées). On constatera en outre que les différents documents produits par le recourant témoignent uniquement de constatations sur le terrain professionnel sans discuter des limitations fonctionnelles du recourant ou de sa capacité de travail à l'aune d'atteintes à la santé. Or, le contexte social et d'autres facteurs étrangers

concernant sa situation personnelle ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité et ne sauraient être pris en compte.

e) Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation du recourant en 2020 reste essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 10 janvier 2018. En l'absence d'évolution notable de son état de santé, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI du recourant.

Il est rappelé à toutes fins utiles que dans sa réponse du 24 janvier 2022, l'intimé a proposé au recourant de lui faire savoir par écrit s'il était intéressé par des mesures professionnelles, celles-ci ayant jusqu'alors échoué en raison du fort taux d'absentéisme du recourant.

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** 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 mis provisoirement 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour R. _____),
- 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 :