

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

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

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

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est au bénéfice d'une formation d'aide-électricien. Il a exercé divers emplois, dont le dernier en qualité de chauffeur-livreur pour le compte de [...] à [...] entre [...] et [...].

Le 12 avril 1999, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton U._____ (ci-après : l'Office AI du canton U._____) une demande de prestations de l'assurance-invalidité, expliquant avoir été victime d'un accident de la circulation le 29 décembre 1997 à l'origine d'une fracture du poignet gauche au niveau de la styloïde cubitale.

Dans le cadre de l'instruction, l'Office AI du canton U._____ a requis de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), alors assureur-accidents de l'assuré, la production de son dossier, lequel comportait notamment :

- un rapport du 30 mars 1998 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a mis en évidence les diagnostics de fracture comminutive du radius droit (*recte* : gauche) à la jonction du tiers moyen-tiers distal avec luxation de l'articulation radio-cubitale distale et de fracture de la base du troisième métacarpien à gauche ;
- un protocole opératoire du 27 octobre 1998 de la Dre H._____, spécialiste en chirurgie de la main, faisant état d'une intervention de Sauvé Kapandji à gauche pour instabilité de la tête du cubitus, d'ostéosynthèse avec cure de pseudarthrose d'une fracture de la styloïde cubitale et d'un status après une fracture de Galéazzi ;
- un rapport du 10 mai 1999 de la Dre H._____, lequel a attesté une capacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} juin 1999, tout en spécifiant que l'assuré n'était plus apte à effectuer des travaux lourds.

Par rapport du 10 mai 1999, le Dr F._____ a posé les diagnostics suivants : « *Status après fracture de la styloïde cubitale du*

poignet G [gauche] en octobre 97. Status après fracture de Galeazzi (fracture du radius et luxation de la radio-cubitale distale) le 29.12.97. Ostéosynthèse du radius. Status après plastie de l'instabilité radio-cubitale distale selon Sauvé Kapandji le 27.10.98. ». Il a certifié une incapacité de travail totale depuis le 29 décembre 1997, tout en présumant que l'assuré n'avait pas repris son travail dans l'intervalle.

Le 28 janvier 2000, l'assuré a retiré sa demande de prestations du 12 avril 1999.

Par décision du 2 mai 2000, la CNA a accordé à l'assuré le droit à une rente de l'assurance-accidents portant sur un degré d'invalidité de 20 % dès le 1^{er} avril 2000.

B. Le 5 mars 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton O._____ (ci-après : l'Office AI du canton O._____), déclarant souffrir d'une lésion de la hanche gauche et des cervicales depuis 1997 à la suite d'un accident.

Par rapport du 25 mars 2015, le Dr D._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a relevé les diagnostics - avec incidence sur la capacité de travail - de fracture de l'avant-bras gauche en 1997 avec séquelles motrices et douloureuses, de status après pose d'une prothèse totale de hanche à gauche en 2013 en raison d'une nécrose aseptique de la tête fémorale (avec douleurs résiduelles à la marche), de microdiscectomie aux vertèbres C6-C7 pour hernie discale avec compression de la racine de la vertèbre C7 à gauche le 27 janvier 2015 et de douleurs séquellaires au membre supérieur gauche ainsi que les diagnostics - sans influence sur la capacité de travail - de diabète connu depuis 1997, actuellement insulino-traité, et de status post interventions chirurgicales (abcès de la fesse droite en 2009, kyste sacro-coccygien et orchidopexie). Il a exposé que l'activité habituelle de chauffeur-livreur

n'était plus exigible. Il n'était en revanche pas à même d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée.

Par rapport du 27 mai 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de coxarthrose gauche sur nécrose aseptique et de pose d'une prothèse totale de la hanche à gauche le 3 octobre 2013 de même que les diagnostics - sans impact sur la capacité de travail - de diabète insulino-requérant et de douleurs et faiblesses mal expliquées au membre inférieur gauche.

Les 7 juillet et 19 août 2015, l'assuré a fait l'objet d'une radiographie de la colonne cervicale et d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale, lesquelles ont montré un bon alignement et une bonne hauteur de l'espace intervertébral C6-C7, des troubles dégénératifs déjà connus aux vertèbres C5-C6 et la persistance de sténoses foraminales importantes aux vertèbres C5-C6 et C6-C7 à gauche et modérées aux vertèbres C5-C6 à droite, sans canal cervical étroit ni myélopathie.

Par rapport du 19 août 2015, les Drs [...] et [...], spécialistes en neurochirurgie, ont noté une amélioration des douleurs dans la région de l'avant-bras et de la main gauches par rapport à la situation prévalant à la date de l'opération sur ce dernier membre.

Par rapport du 10 août 2016, le Dr [...], spécialiste en neurologie, a mis en évidence de discrets signes d'une polyneuropathie sensitive, laquelle trouvait vraisemblablement son origine dans le diabète de l'assuré.

Par rapport du 16 janvier 2017, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au centre P._____, a diagnostiqué un épisode dépressif léger depuis le 14 octobre 2016, lequel n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré.

Par courrier du 11 avril 2017, l'Office AI du canton O._____ a fait savoir à l'assuré que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne générale, en neurologie, en psychiatrie et en rhumatologie était nécessaire afin de clarifier la situation sur le plan médical.

Par rapport du 5 septembre 2017, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, [...], spécialiste en neurologie, [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en rhumatologie, tous quatre experts auprès de la policlinique K._____ à [...], ont fait état des diagnostics suivants :

Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Syndrome radiculaire C7 gauche séquellaire, non déficitaire après microdiscectomie C6-C7 et mise en place d'une cage pour hernie discale médio-latérale gauche le 27.01.2015 M50.1
- Lombocruralgies chroniques avec :
 - Hernie discale L5-S1 avec discrète compression radiculaire S1 gauche. M51.1
 - Nécrose aseptique de la hanche gauche avec mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche le 03.10.2013 M87
- Douleurs chroniques du poignet gauche avec status post fracture de Galéazzi de l'avant-bras gauche traitée par réduction et intervention du Sauvé-Kapandji à gauche en octobre 1998. M25.5
- Péri-arthropathie scapulo-humérale gauche. M75.0
- Diabète de type 2 insulino-requérant depuis 1998 avec polyneuropathie sensitive et ataxique. E10.4/G63.2

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Syndrome de tunnel carpien gauche discret
- Traits de personnalité émotionnellement labile chez un expertisé qui manifeste un probable fonctionnement intellectuel limite Z73.1

Une capacité de travail nulle dès le 1^{er} septembre 2014 a été retenue dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur, respectivement de 50 % à partir du 2 avril 2015, puis de 100 % à compter du 1^{er} juillet 2015 dans une activité adaptée, sans conduite professionnelle, à horaire régulier, sans travail de nuit, sans effort physique, sans mouvement

répété en rotation de la nuque, sans mouvements amples en rotation de l'épaule gauche, limité à 90° d'élévation et d'abduction, sans déplacement en terrain irrégulier, sans position accroupie, à genoux, assise dans un fauteuil profond et statique debout prolongée, sans franchissement d'échelle et d'échafaudage, sans travail en hauteur, sans franchissement régulier d'escaliers et de pente et sans emploi en force ou en mouvement répétitif de la main gauche, avec un port de charges limité à 5 kg.

Par décision du 15 novembre 2017, confirmant un projet de décision du 28 septembre 2017, l'Office AI du canton O. _____ a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

C. Le 2 juillet 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI).

Par rapport du 4 août 2020, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec incidence sur la capacité de travail - de fracture de l'avant-bras gauche en 1997 avec séquelles motrices et douloureuses, de status post pose d'une prothèse totale de hanche à gauche en 2013 pour nécrose aseptique de la tête fémorale avec douleurs résiduelles à la marche et sensation de lâchage du membre inférieur gauche et de microdiscectomie aux vertèbres C6-C7 pour hernie discale sur compression de la racine de la vertèbre C7 à gauche le 27 janvier 2015 avec douleurs séquellaires et déficit moteur au niveau du membre supérieur gauche, ainsi que les diagnostics - sans incidence sur la capacité de travail - de diabète de type 2 insulino-requérant, connu depuis 1997, d'hypertension artérielle, d'obésité, d'hypertrophie de la prostate, de déficit vitaminique B12 substitué et de goutte (un épisode dans le passé). Selon lui, la reprise d'une activité professionnelle semblait difficile à envisager actuellement.

Par rapport du 12 octobre 2020, le Prof. T. _____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de polyneuropathie diabétique, de

probable meralgie paresthésique gauche et de péri-arthropathie de la hanche gauche.

Par projet de décision du 25 février 2021, l'Office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, dès lors que son état de santé ne s'était pas péjoré depuis la décision du 15 novembre 2017.

Le 12 mars 2021, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, alléguant que ce dernier ne prenait pas en compte la réalité de son état de santé sur les plans physique et psychique.

Par rapport du 29 mars 2021, le Dr N. _____ a répété les diagnostics mentionnés dans son rapport du 4 août 2020, tout en ajoutant ceux de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs (depuis 2020), de fracture sous chondrale de la base du premier métatarsien associé à une plage d'ostéonécrose, de tendinopathie fissuraire du court fibulaire avec ténosynovite associée et rupture subcomplète du faisceau intermédiaire de l'aponévrose plantaire superficielle associé à une aponévropathie (depuis 2021), de probable trouble de l'humeur de type état anxio-dépressif récurrent (épisode actuel moyen) avec trouble de la concentration et fatigabilité accrue (en cours d'investigation ; depuis 2021), de probable meralgie paresthésique gauche (depuis 2020) et de déficit vitaminique D3 substitué. A son avis, la reprise d'une activité professionnelle, quel que soit son type, n'était pas envisageable.

Par rapport du 16 juin 2021, la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale, a mis en évidence, d'une part, une aggravation des symptômes anxio-dépressifs de l'assuré, dans un contexte d'inquiétude vis-à-vis de sa situation financière, de sa demande de prestations en cours et de son état de santé, et, d'autre part, un épisode d'hypoglycémie symptomatique sur une diminution de l'alimentation (expliqué par des difficultés financières).

Par rapport du 12 août 2021, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a relevé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33) depuis 2013, de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) depuis 2013 et de troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 F61.0) depuis toujours. Selon lui, la capacité de travail de son patient se situait entre une et deux heures par jour, cela tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par rapport du 13 octobre 2021, le Dr [...], spécialiste en endocrinologie-diabétologie et en médecine interne générale, a notamment fait mention de douleurs ostéoarticulaires et d'un diabète bien contrôlé. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Par rapport du 16 novembre 2021, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lente et que sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis plusieurs années.

Par rapport du 15 février 2022, le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a noté les diagnostics - présents depuis le 19 janvier 2021 - de fracture sous-chondrale de la base du premier métatarse, associée à une petite plage d'ostéonécrose, de tendinopathie fissuraire du court fibulaire avec ténosynovite associée à gauche et rupture subcomplète du faisceau intermédiaire de l'aponévrose plantaire superficielle, associée à une aponévropathie. Il a exposé qu'en tenant compte uniquement de cette fracture, l'assuré pourrait à l'avenir retrouver une marche normale et, de ce fait, une capacité de travail pleine.

Dans un avis médical du 4 mars 2022, le Dr X._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a demandé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en rhumatologie, en psychiatrie et en médecine interne.

Par rapport du 15 août 2022, les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en médecine interne générale, tous trois experts auprès du centre C._____ à [...], ont retenu, au plan de la médecine interne, les diagnostics incapacitants de diabète insulino-traité (depuis 1998 ; CIM-10 E11.70) et de polyneuropathie des membres inférieurs (CIM-10 G62.9) ainsi que les diagnostics non-incapacitants d'hypertension artérielle, d'obésité, de hernie ombilicale, de goutte et de dyslipidémie ; au plan rhumatologique, les diagnostics incapacitants de syndrome lombaire non déficitaire sur une petite hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche avec une compression radiculaire de la vertèbre S1 à gauche (CIM-10 M51.2), de status après la pose d'une prothèse totale de la hanche à gauche le 3 octobre 2013 pour une nécrose aseptique de la tête fémorale (CIM-10 M16.6), de syndrome cervical non déficitaire sur status après une microdiscectomie cervicale aux vertèbres C6-C7 à gauche le 27 janvier 2015 pour une hernie discale avec un syndrome de la vertèbre C7 à gauche (CIM-10 M50.2), de status après une fracture du radius, une luxation de l'articulation radio-cubitale gauche et une fracture du troisième métacarpien gauche le 29 décembre 1997 ayant nécessité une intervention pour une instabilité du poignet gauche le 27 octobre 1999 (CIM-10 S62.8) de même que les diagnostics non-incapacitants de discret syndrome sous-acromial à gauche (CIM-10 M75.5), de status après une fracture de la styloïde cubitale gauche le 11 octobre 1997 (CIM-10 S62.8), de syndrome du canal carpien gauche discret (CIM-10 G56.00) et de status après une fracture non déplacée de la base du premier métatarsien gauche (CIM-10 S92.3) ; au plan psychique, les diagnostics non-incapacitants de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2), d'accentuation de traits de la personnalité émotionnellement vulnérable (abandonnique ; CIM-10 Z73.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (CIM-10 F10). D'après ces experts, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, tout en étant pleine dans une activité adaptée, hormis une période d'incapacité de travail de 20 % d'une durée de trois mois dès le 2 décembre 2016 en raison d'un épisode dépressif réactionnel léger

attestée par le centre P._____. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : une activité exercée durant la journée avec absence d'horaires postés, de conduite de machines-outils, de travaux en hauteur, de port de charges fréquent supérieur à 5 kg, de marche prolongée, en particulier sur un terrain irrégulier, de travail sur des échelles, de station debout, assise et accroupie prolongée, de rotation fréquente de la nuque et de mouvements répétitifs et en force du membre supérieur gauche.

Dans un avis du 7 septembre 2022, le Dr X._____, du SMR, a estimé ne pas avoir de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise précitée, laquelle ne décrivait aucune aggravation notable de l'état de santé de l'assuré depuis la précédente expertise de 2017.

Par décision du 8 septembre 2022, l'Office AI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, dans la mesure où la situation au niveau médical ne s'était pas modifiée au point d'avoir une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa précédente décision du 15 novembre 2017.

D. **a)** Le 10 octobre 2022, M._____, sous la plume de Me [...], a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel lui soit reconnu et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Il a dans l'essentiel soutenu que son état de santé physique et psychique était incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

b) Par réponse du 5 décembre 2022, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 8 septembre 2022.

c) Par réplique du 13 avril 2023, M._____, désormais représenté par Me Pierre Seidler, a confirmé ses conclusions. Il y a joint un rapport du 3 avril 2023 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a expliqué partager les conclusions des experts de

médecine interne et de rhumatologie du centre C._____ quant aux diagnostics incapacitants et aux limitations fonctionnelles ; sur le plan psychique, il s'alignait en revanche sur les constatations du Dr Q._____ ; ainsi, en raison de douleurs chroniques invalidantes, de ressources résiduelles fragiles, des atteintes psychiques et des limitations fonctionnelles, l'exercice d'une activité professionnelle était inimaginable à l'heure actuelle.

d) Par duplique du 27 avril 2023, l'Office AI a réitéré ses conclusions, alléguant que le rapport précité n'était pas susceptible de modifier sa position.

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 porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 2 juillet 2020.

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). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations le 2 juillet 2020, si bien que le droit éventuel à une rente d'invalidité pourrait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} janvier 2021 (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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). 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).

c) 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.

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).

4. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

5. **a)** En l'espèce, dans le cadre de la procédure ayant fait suite à la demande de prestations du 5 mars 2015, les experts de la policlinique K._____ ont retenu, dans leur rapport du 5 septembre 2017, les diagnostics - avec influence sur la capacité de travail - de syndrome radiculaire à la vertèbre C7 à gauche apparu après une microdiscectomie et la pose d'une cage pour une hernie discale médio-latérale gauche (en janvier 2015), de lombocruralgies chroniques avec une hernie discale aux vertèbres L5-S1 comportant une discrète compression radiculaire à la vertèbre S1 à gauche et avec une nécrose aseptique de la hanche gauche ayant menée à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche (en octobre 2013), de douleurs chroniques au poignet gauche survenues après l'accident de décembre 1997 et l'opération d'octobre 1998, de péri-arthropathie scapulo-humérale gauche et de diabète de type 2 à l'origine de polyneuropathies ainsi que les diagnostics - non incapacitants - de syndrome de tunnel carpien gauche discret et de traits de personnalité émotionnellement labile. Selon eux, le recourant présentait principalement des limitations fonctionnelles d'ordre somatique. Aucune limitation fonctionnelle de nature psychique n'avait en revanche été constatée. La capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur était nulle depuis le 1^{er} septembre 2014, tandis qu'elle était totale à compter du 1^{er} juillet 2015 dans une activité adaptée, à savoir une activité sans conduite professionnelle, à horaire régulier, sans travail de nuit, sans effort physique, sans mouvement répété en rotation de la nuque, sans mouvements amples en rotation de l'épaule gauche, limité à 90° d'élévation et d'abduction, sans déplacement en terrain irrégulier, sans position accroupie, à genoux, assise dans un fauteuil profond et statique debout prolongée, sans franchissement d'échelle et d'échafaudage, sans travail en hauteur, sans franchissement régulier d'escaliers et de pente et sans emploi en force ou en mouvement répétitif de la main gauche, avec un port de charges limité à 5 kg.

Sur la base des conclusions de ces experts, l'Office AI du canton O._____, par décision du 15 novembre 2017, a refusé au recourant le versement d'une rente d'invalidité, au motif que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelle susmentionné lui permettait de réaliser des gains excluant le droit à une telle prestation. Cette décision est entrée en force dans l'intervalle.

b) Dans le cadre de la procédure relative à la nouvelle demande de prestations du 2 juillet 2020, les experts du centre C._____ ont fait état, dans leur rapport du 15 août 2022, des diagnostics - avec incidence sur la capacité de travail - de diabète insulino-traité, de polyneuropathie des membres inférieurs, de syndrome lombaire non déficitaire sur une petite hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche avec une compression radiculaire de la vertèbre S1 à gauche, de status après la pose d'une prothèse totale de la hanche à gauche pour une nécrose aseptique de la tête fémorale, de syndrome cervical non déficitaire sur status après une microdiscectomie cervicale aux vertèbres C6-C7 à gauche pour une hernie discale avec syndrome de la vertèbre C7 à gauche ainsi que de status après une fracture du radius, une luxation de l'articulation radio-cubitale gauche et une fracture du troisième métacarpien gauche. Ils ont de surcroît relevé les diagnostics - non-incapacitants - d'hypertension artérielle, d'obésité, de hernie ombilicale, de goutte, de dyslipidémie, de discret syndrome sous-acromial à gauche, de status après une fracture de la styloïde cubitale gauche, de syndrome du canal carpien gauche discret, de status après une fracture non déplacée de la base du premier métatarsien gauche, de trouble anxieux et dépressif mixte, d'accentuation de traits de la personnalité émotionnellement vulnérable (abandonnique) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Selon eux, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, tandis qu'elle était pleine depuis toujours (hormis une période d'incapacité de travail de 20 % d'une durée de trois mois dès le 2 décembre 2016 en raison d'un épisode dépressif réactionnel léger) dans une activité adaptée, demandant d'être exercée durant la journée et excluant les horaires postés, la conduite de machines-outils, les travaux en hauteur, le port de charges fréquent

supérieur à 5 kg, la marche prolongée, en particulier sur un terrain irrégulier, le travail sur des échelles, la station debout, assise et accroupie prolongée de même que la rotation fréquente de la nuque et les mouvements répétitifs et en force du membre supérieur gauche.

Aussi, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de cette seconde expertise, laquelle doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, notamment en ce qui concerne l'exclusion des diagnostics de trouble dépressif sévère et de syndrome douloureux somatoforme persistant mentionnés par le Dr Q._____. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire se fonde en outre sur des examens somatiques (examen clinique des différents membres, radiologiques, etc.) et psychiques complets et a été établi en pleine connaissance du dossier. Les plaintes du recourant, en particulier celles en lien avec ses multiples douleurs diffuses, ont été prises en compte. Enfin, la situation sur le plan médical a été décrite de façon claire et les conclusions selon lesquelles l'état de santé du recourant, que ce soit sur les plans de la médecine interne générale, rhumatologique ou psychiatrique, ne s'est pas péjoré depuis la dernière expertise de 2017 ont été suffisamment motivées. A cet égard, les diagnostics et les limitations fonctionnelles mis en évidence par les experts du centre C._____ sont dans l'essentiel identiques à ceux retenus par les experts de la policlinique K._____, sous réserve du diagnostic de status après fracture du métatarsien gauche, laquelle est intervenue en 2021, ainsi que des diagnostics de trouble anxieux et dépressif et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, lesquels n'ont toutefois pas d'impact sur la capacité de travail selon la Dre R._____. Quant au diagnostic de péri-arthropathie scapulo-humérale gauche relevé en 2017 et les limitations fonctionnelles y afférant, ils ont été écartés par le Dr L._____, ce spécialiste ayant observé une épaule gauche sans restriction de la mobilité.

c) Les différentes pièces médicales versées au dossier ne sont pas en mesure de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du centre C._____. En particulier, les explications

sommaires fournies par le Dr Q._____ dans ses rapports des 12 août et 16 novembre 2021 ne permettent pas de susciter un doute quant au bien-fondé du volet psychiatrique de cette expertise, la Dre R._____ ayant à ce titre motivé de manière claire et précise les raisons pour lesquelles elle avait écarté les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Au demeurant, dans son rapport du 3 avril 2023, le Dr J._____ a déclaré partager les constatations des experts en rhumatologie et en médecine interne relatives aux diagnostics et aux limitations fonctionnelles (voir également le rapport du 15 février 2022 du Dr B._____). Il n'a en revanche proposé aucune explication détaillée et convaincante sur les raisons l'ayant conduit à retenir une capacité de travail nulle. Du reste, sur le plan psychiatrique, ce spécialiste en médecine interne générale s'est simplement contenté de s'aligner sur les observations du psychiatre traitant.

d) Dès lors, sur le vu de ce qui précède, il apparaît que le recourant continue à disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport d'expertise du 15 août 2022. L'intimé était donc habilité à nier au recourant le droit à une rente d'invalidité, faute d'aggravation de son état de santé depuis la décision du 15 novembre 2017.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 8 septembre 2022 par l'intimé confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 8 novembre 2022 du Juge instructeur. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Pierre Seidler peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 19 juin 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 373 fr. 30, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle 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 (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 septembre 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité de Me Pierre Seidler, conseil d'office de M. _____ est arrêtée à 373 fr. 30 (trois cent septante-trois francs et trente centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :