

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2024

Composition : M. OULEVEY, président
Mmes Gauron-Carlin et Livet, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat, à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, est marié et père de trois enfants. Sans formation professionnelle, il a régulièrement travaillé comme employé viticole depuis 1991.

En date du 10 septembre 1997, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en vue d'obtenir un reclassement professionnel.

Les pièces médicales recueillies en cours d'instruction par l'OAI ont permis de mettre en évidence les diagnostics de status après hémilaminectomie (réalisée en janvier 1995) d'une hernie discale L4-L5 gauche, de syndrome de la douleur chronique, de douleurs thoraciques de type pariétal, de cervico-lombalgies chroniques persistantes et de discopathie L2-3-4 avec encastrement de L5. Plusieurs médecins ont relevé une composante majeure de nature psychologique dans la symptomatologie douloureuse, tandis que le diagnostic de trouble panique avait été retenu pendant une période. L'assuré présentait en outre une hépatite B chronique traitée (cf. notamment : rapports du Dr C._____, médecin généraliste traitant, des 28 octobre 1997 et 23 août 2000 ; rapports de la Policlinique I._____ du 2 avril 1998 et de la Division autonome psychosociale du Centre hospitalier P._____ du 24 septembre 1998).

Dans un avis du 16 juillet 2001, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu comme atteintes principales à la santé des troubles somatoformes douloureux et un status après cure de hernie discale L4-L5 en 1995. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, mais entière dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes et sans position statique prolongée debout ou assise.

Par décision du 23 novembre 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée et ne subissait aucun préjudice économique lié à son état de santé.

B. B._____ a formulé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 8 octobre 2012.

Il est ressorti des pièces réunies par l'OAI que l'assuré avait poursuivi son activité d'ouvrier viticole. Son employeur avait résilié son contrat de travail avec effet à fin février 2012 en raison d'incapacités de travail récurrentes depuis 2010. Il l'employait cependant à nouveau depuis février 2013, lorsqu'il était en mesure de travailler, en le rémunérant selon un tarif horaire.

Par certificat du 30 octobre 2012, le Dr D._____, nouveau médecin généraliste traitant de l'assuré, a relaté que ce dernier présentait une recrudescence des lombosciatalgies droites chroniques avec des épisodes aigus invalidants. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 2 février 2011 avait révélé une récurrence de la hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite luxée vers le bas, ainsi qu'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite luxée foraminale comprimant davantage L5 que S1. Plusieurs spécialistes avaient confirmé l'indication opératoire, mais l'assuré avait refusé une intervention chirurgicale en raison des risques présentés. Le Dr D._____ estimait que son patient était dans l'incapacité de travailler dans son activité habituelle de vigneron, ce de façon définitive. Une activité légère et adaptée au handicap pouvait être envisagée, en évitant les charges supérieures à 5 kg, les marches en terrain accidenté et les positions en porte-à-faux.

Une IRM lombaire de contrôle effectuée le 24 février 2012 a conclu à une volumineuse hernie discale L4-L5 de localisation paramédiane et paraforaminale gauche, fortement luxée vers le bas, à une discopathie dégénérative L2-L3 et L5-S1 avec protrusion médiane du

disque et à un canal lombaire étroit de type constitutionnel, associé à une discrète facetarthrose étagée.

Dans un rapport du 18 juin 2013, le Dr D. _____ a mentionné les diagnostics incapacitants de cervico-brachialgies droites sur uncarthrose C3-C4 bilatérales et C5-C6 droites, de status post arthroscopie du genou gauche effectuée le 15 avril 2010, de méniscopathie interne moyenne et postérieure, ainsi que de xérophtalmie. Il a confirmé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, rajoutant au titre de limitations fonctionnelles la position accroupie et à genoux, de même que la position debout et assise prolongée.

Un rapport du 21 février 2014 émanant de la Policlinique I. _____ précisait qu'aucune incapacité de travail n'était liée à l'hépatite B chronique traitée.

Dans un avis du 17 avril 2014, le SMR a conclu que l'assuré était doté d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux pathologies du rachis depuis juin 2013.

Le 5 juin 2014, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé un degré d'invalidité nul, retenant que l'assuré était en mesure d'exercer des activités d'employé de dépôt dans une entreprise de petites marchandises ou d'ouvrier de production dans l'industrie légère.

Par décision du 3 septembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

C. B. _____ a adressé une troisième demande de prestations à l'OAI le 10 décembre 2018, indiquant être dans l'incapacité totale de poursuivre son activité dans la vigne depuis le 4 septembre 2018, en raison de ses problèmes de cervicales et de dos.

Selon la déclaration d'incapacité de travail complétée par son employeur le 5 septembre 2018 à l'attention de K. _____ SA, assureur perte de gain maladie, l'assuré travaillait à plein temps avant son arrêt de travail.

Dans un rapport du 7 janvier 2019, le Dr D. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis août 2018, que les douleurs cervicales étaient devenues invalidantes, irradiant dans le membre supérieur droit et limitant la mobilité active et passive, la flexion et la rotation à droite de la nuque, dans le contexte d'un rétrécissement foraminaux droit depuis le niveau C3-C4 jusqu'au niveau C5-C6, de type essentiellement uncarthrosique et en moindre degré d'origine discale, selon une IRM du 7 septembre 2018. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 septembre 2018. Un traitement par blocs facettaires avait débuté, mais le pronostic était défavorable.

L'OAI a sollicité le dossier de K. _____ SA, lequel contenait notamment un rapport du Dr D. _____ du 1^{er} février 2019. Ce praticien mentionnait au titre de limitations fonctionnelles le port de charges, le travail avec rotation ou inclinaison de la tête et le travail avec les bras au-dessus de la tête. Il estimait que l'incapacité de travail était complète, y compris dans une activité adaptée. L'assuré avait été traité par blocs facettaires au niveau cervical et également lombaire.

Par avis du 12 mars 2019, le SMR a rappelé que l'activité d'employé viticole était contraindiquée de longue date. La capacité de travail dans une activité adaptée était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI. Il devait s'agir d'une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ou de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras.

L'activité devait s'exercer en milieu tempéré, à heures fixes réparties sur cinq jours ouvrables.

En date du 29 mai 2019, K. _____ SA a notamment transmis à l'OAI un tirage du rapport d'expertise, réalisée à sa demande par le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans ce rapport, daté du 24 avril 2019, l'expert a conclu ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussions sur la capacité de travail :

- Cervicalgies chroniques avec brachialgies non déficitaires à droite évoluant depuis 2009.
 - o Uncarthrose de C3-C4 à C5-C6 prédominante en C3-C4 et C5-C6 avec rétrécissement foraminal droit.
 - o Protrusions discales de C3-C4 à C6-C7 prédominantes en C6-C7.
- Lombalgies chroniques avec sciatalgies à bascule évoluant depuis 1996.
 - o Status après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 gauche par hémilaminectomie (1996 [recte : 1995]).
 - o Discopathies dégénératives de L2-L3, L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale L4-L5 paramédiane et paraforaminale gauche (IRM de février 2012).

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Tabagisme chronique.
- Hépatite B en traitement.

[...]

A mon avis, le métier d'ouvrier viticole n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles qui résultent des troubles dégénératifs de la nuque et de la colonne lombaire de l'assuré. A mon avis, l'incapacité de travail dans cette profession est parfaitement justifiée.

[...]

Dans une activité adaptée, l'assuré pourrait théoriquement travailler dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Il doit éviter de se pencher en avant ou de travailler en porte-à-faux. Il doit éviter le port ou soulèvement de charges de plus de 5 kg. Il doit éviter les positions statiques prolongées de la nuque. Dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles préalablement décrites, l'incapacité de travail de l'assuré est essentiellement due à l'appréciation subjective de sa symptomatologie douloureuse.

Il est actuellement reconnu que ce sont surtout les conditions psychosociales et le handicap ressenti par le sujet ainsi que la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évaluation et la reprise d'une activité professionnelle, davantage que les données anatomo-structurelles objectivables. »

Dans un courriel subséquent du 22 mai 2019, le Dr L. _____ précisait que le rendement de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 18 juillet 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toutes prestations de l'assurance-invalidité, retenant qu'il était doté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ne subissait pas de préjudice économique.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a statué sur le recours formé par l'assuré contre la décision précitée dans un arrêt du 16 avril 2020 en la cause AI 293/19 - 108/2020. La cour a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 18 juillet 2019, observant que le rapport d'expertise du Dr L. _____ pouvait se voir accorder pleine valeur probante et que ses conclusions rejoignaient celles du SMR. Les rapports établis par le médecin généraliste traitant ne fournissaient aucun élément susceptible de justifier une restriction de la capacité de travail de l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. La cour ajoutait que l'hépatite B dont souffrait l'assuré n'avait pas d'incidence sur dite capacité, sans que la situation en lien avec cette atteinte à la santé ne se soit péjorée depuis le rapport de la Policlinique I. _____ du 21 février 2014. La cour concluait dès lors à l'absence de modification substantielle de l'état de santé de l'assuré depuis la précédente décision de l'OAI du 3 septembre 2015, de sorte que la décision du 18 juillet 2019 était confirmée.

D. Le 22 avril 2021, B. _____ a fait parvenir à l'OAI une quatrième requête de prestations de l'assurance-invalidité, faisant valoir ses problèmes de dos et de nuque, présents depuis 1995.

Il a adressé à l'OAI un rapport rédigé par le Dr D. _____ le 21 mai 2021, aux termes duquel ce praticien retenait les diagnostics suivants :

- hernie discale L4-L5 paramédiane et paraforaminale gauche fortement luxée vers le bas avec discopathies protrusives étagées en L2-L3-L4 aboutissant à un canal lombaire étroit,
- hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane bilatérale venant au contact du canal du côté droit avec discopathies dégénératives pluri-étagées et des rétrécissements foraminaux bilatéraux ;
- gonarthrose droite.

Le Dr D._____ relatait que les douleurs au niveau du rachis cervical et lombaire étaient augmentées, en raison de l'apparition d'une hernie discale C5-C6 venant au contact du canal du côté droit et de l'aggravation des discopathies dégénératives pluri-étagées. Des crises de lumbago étaient plus fréquentes et plus importantes avec des blocages lombaires nécessitant l'arrêt de toute activité. Des radiographies du genou du 27 avril 2020 avaient montré une chondropathie fémoro-tibiale médiale droite, en lien avec l'apparition de douleurs exacerbées par la montée et la descente d'escaliers ou la marche soutenue. L'incapacité de travail demeurait, selon le praticien, totale dans l'activité habituelle de vigneron, ainsi que dans toute activité adaptée, « depuis le 4 septembre 2018 ».

Par projet de décision du 22 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

A la même date, K._____SA a adressé à l'OAI un tirage de son dossier, indiquant avoir servi ses prestations dès le 1^{er} février 2021, compte tenu de l'incapacité totale de travail présentée par l'assuré. Etaient notamment versés à ce dossier les documents suivants :

- un rapport du Dr M._____, spécialiste en neurochirurgie, du 14 mai 2020, lequel concluait à l'absence de syndrome radiculaire au niveau des quatre membres, à des cervicalgies aspécifiques, à un syndrome lombo-vertébral, à

des troubles dégénératifs multi-étagés, ainsi qu'à une sténose foraminale et une arthrose facettaire ; le traitement demeurait conservateur, sans indication chirurgicale ; l'exercice d'un travail de force n'était plus possible, tandis qu'une activité adaptée (permettant l'alternance des positions, sans travail en porte-à-faux et sans port de charges) était envisageable à 100 % ;

- un rapport d'échographie de la cuisse et du pied droits du 2 février 2021, mettant en évidence une déchirure du muscle antérieur de la cuisse avec hématome musculaire ;
- un rapport d'IRM cervicale du 18 mai 2021, retenant une discopathie dégénérative pluri-étagée avec des rétrécissements foraminaux bilatéraux, le plus marqué en C4-C5 du côté gauche.

Par rapport du 24 août 2021, le Dr D._____ a fait part de l'aggravation de l'état de santé de son patient, en ce sens qu'il présentait des douleurs lombaires quasiment constantes et invalidantes, irradiant aux membres inférieurs avec claudication intermittente, ainsi que limitant le rayon de marche à quelques minutes, le port de charges, la position en porte-à-faux, la montée et la descente d'escaliers. Une IRM d'août 2021 avait mis en évidence l'apparition de deux hernies discales, une pré-foraminale L2-L3 gauche et l'autre en L5-S1 droite, source de conflit avec le trajet sous pédiculaire de la racine L5 droite, péjorant une sténose canalaire multifactorielle.

Entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré sur recommandation du SMR du 21 septembre 2021, l'OAI a requis un rapport auprès du Centre N._____. Le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie au sein dudit centre, a rapporté, le 15 février 2022, que l'assuré avait subi des blocs facettaires C3-C4 bilatéraux et C5-C6 droits le 15 octobre 2018, C3-C4 et C5-C6 bilatéraux le 30 janvier 2019 et L2-L3 et L4-L5 le 2 décembre 2021. Il n'avait pas prononcé d'arrêt de travail. Les limitations fonctionnelles avaient trait à l'épargne du rachis. La capacité de travail était indéterminée.

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 1^{er} mars 2022, signalant à l'assuré qu'il envisageait de prononcer un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, au motif que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était toujours fixée à 100 %.

L'assuré, assisté de Me François Gillard, a contesté ce projet de décision par écriture du 11 mars 2022, complétée les 30 mars, 30 avril et 13 mai 2022. Il s'est prévalu d'un rapport d'IRM du 23 février 2022, lequel concluait à une discopathie pluri-étagée avec sténose compressive du canal spinal L2-L3 (grade C) sur zygarthrose et large extrusion discale en paramédian gauche, compressive sur le sac dural et l'émergence de la racine L3 gauche, à une sténose canalaire plus modérée en L3-L4 d'origine plurifactorielle en particulier sur zygarthrose et hypertrophie ligamentaire, ainsi qu'à un rétrécissement des trous de conjugaison en L4-L5 et L5-S1 du côté droit sur saillie disco-ostéophytaire potentiellement irritative sur les racines L4 et L5 droites. L'assuré soulignait qu'il s'agissait d'un bilan préopératoire, alors qu'il continuait à consulter le Centre N._____. Les traitements prodigués lui occasionnaient une grande fatigue. Il sollicitait qu'une instruction complémentaire soit diligentée sur le plan médical, eu égard notamment à l'intervention chirurgicale planifiée à court terme. Dans l'attente d'une stabilisation de son état de santé, il estimait avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Dans un avis du 20 mai 2022, le SMR a observé ce qui suit :

« [...] **Discussion et attitude :**

Ces nouveaux documents médicaux ne permettent pas d'apprécier la situation clinique, il n'y a aucune corrélation entre le status actuel et les derniers examens d'imagerie. L'IRM lombaire de février 2022 montre des discopathies pluriétagées avec conflits radiculaires, ces derniers étaient déjà décrits dans la précédente IRM lombaire (21.02.2020 - dossier perte de gain du 22.07.2021) et semblaient sans répercussions cliniques au vu de l'évaluation du Dr M._____ en mai 2020 (absence de syndrome radiculaire, irritatif ni déficitaire). Le seul élément qui nous interpelle est que l'indication à cette dernière imagerie serait un « bilan préopératoire ». Il est un peu surprenant que plus de 3 mois après l'examen, aucune date

opératoire n'ait été avancée ni de neurochirurgien consulté. **Nous vous proposons de vérifier auprès de l'assuré qui est le neurochirurgien en charge du suivi (et lui adresser une demande de RM [réd. : rapport médical]) et la date opératoire fixée. Celle-ci ne devrait pas modifier les LF [réd. : limitations fonctionnelles], en revanche elle pourrait engendrer une IT [réd. : incapacité de travail] prolongée. En l'absence de suivi/prise en charge chirurgicale, nous pouvons raisonnablement conclure que l'indication opératoire n'est pas présente et donc que les précédentes conclusions restent valables, à savoir une pleine CT [réd. : capacité de travail] dans une AA [réd. : activité adaptée] respectueuse des LF. »**

Le 5 juillet 2022, l'assuré a indiqué à l'OAI poursuivre des traitements par infiltrations, alors qu'une date pour l'intervention chirurgicale n'était pas encore fixée.

A la demande de l'OAI, le Dr J._____ a communiqué un rapport le 5 septembre 2022, dans lequel il mentionnait de nouveaux blocs facettaires réalisés les 4 mars et 14 avril 2022 en L2-L3 et L3-L4 bilatéraux, sans changement clinique, compte tenu de douleurs présentes depuis plus de six mois. Les limitations fonctionnelles décrites étaient inchangées ; la capacité de travail demeurait indéterminée.

Le 12 décembre 2022, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, reprenant les termes de son projet de décision du 1^{er} mars 2022 et retenant une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'OAI relevait qu'aucune date n'avait été fixée pour une intervention chirurgicale, tandis que l'assuré ne semblait toujours pas avoir consulté de neurochirurgien. L'évaluation ressortant de l'analyse du SMR du 20 mai 2022 demeurait donc valable en l'état.

E. B._____, représenté par Me Gillard, a déféré la décision du 12 décembre 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 janvier 2023. Il a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi de mesures professionnelles, ainsi que « d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2021 pour une durée indéterminée ». A titre subsidiaire, il a conclu à son annulation et au renvoi

de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a, pour l'essentiel, reproché à l'OAI d'avoir arbitrairement interprété les rapports fournis par ses médecins traitants en lien avec l'indication opératoire et la dégradation de son état de santé sur le plan cervical et lombaire, ainsi que d'avoir insuffisamment instruit sa situation. Il signalait avoir finalement subi l'intervention chirurgicale en question le 19 janvier 2023, ce qui corroborait la péjoration de son état clinique et la nécessité de reprendre l'instruction de son dossier. Il relevait, en outre, qu'il présentait une invalidité suffisante pour se voir dispenser des mesures professionnelles, étant donné la baisse de rendement forcément entraînée par son importante médication. Il requérait notamment la tenue d'une audience pour faire valoir ses arguments et la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a enfin sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire au vu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 2 février 2023, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à partir du 27 janvier 2023. Il a été exonéré de frais et d'avances de frais, tandis que Me Gillard a été désigné comme avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 6 mars 2023 et conclu à son rejet, se référant à la position du SMR et rappelant que le degré d'invalidité de l'assuré était nul, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 100 % dans une activité adaptée à la date de la décision querellée.

Le 11 avril 2023, l'assuré a fait parvenir le tirage du protocole opératoire rédigé le 19 janvier 2023 par le Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie auprès du Centre N._____, lequel relatait avoir procédé à une hémilaminectomie L2-L3 gauche et une discectomie pour cure de hernie discale, sans autres complications. Le status neurologique post-opératoire immédiat montrait toutefois d'importants troubles de la sensibilité profonde des membres inférieurs, ainsi qu'une parésie L5 droite motivant l'administration d'un traitement. Un rapport subséquent du 4 avril 2023 du Dr H._____ était également produit. Le spécialiste faisait

état d'une mauvaise évolution clinique tant sur le plan cervical que lombaire. La capacité de travail était nulle depuis le 19 janvier 2023 sur le long terme. Une reprise d'activité professionnelle était qualifiée d'illusoire.

Par réplique du 2 mai 2023, l'assuré a maintenu ses conclusions tendant à la reprise d'instruction du volet médical de son dossier et souligné que son état ne s'était pas amélioré malgré l'intervention chirurgicale du 19 janvier 2023. Il conservait d'importantes douleurs et de nombreuses limitations fonctionnelles, notamment en lien avec le périmètre maximal de marche, la façon de se déplacer (uniquement avec une canne) et l'impossibilité de garder une position assise sur une certaine durée. A cela s'ajoutaient des problèmes de sommeil et une fatigabilité.

Le 21 juin 2023, l'assuré a fourni un rapport rédigé le 15 juin 2023 par le Dr D. _____ relatif à son état de santé actualisé. Ce dernier relatait des complications post-opératoires à type de parésies et hypoesthésies des deux membres inférieurs, prédominant à gauche, lesquels avaient nécessité une réhabilitation et un reconditionnement à la Clinique R. _____ du 15 février au 2 mars 2023. Il persistait néanmoins une faiblesse musculaire aux membres inférieurs et un pied gauche tombant, nécessitant l'aide de béquilles à la marche. Un traitement de physiothérapie intensive ambulatoire se poursuivait pour une longue période. La capacité de travail était nulle dans toutes activités pour une durée indéterminée.

Le 28 juin 2023, l'assuré a communiqué un nouveau tirage du rapport du Dr H. _____ du 4 avril 2023.

Dans sa duplique du 24 juillet 2023, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant à l'analyse effectuée par le SMR dans un avis du 10 juillet 2023, produit en annexe. Ce service relevait que les pièces médicales relatives à l'intervention subie par l'assuré le 19 janvier 2023 et à ses complications ne permettaient pas de modifier sa position jusqu'à la date de la décision entreprise.

Sur question du magistrat instructeur, l'assuré a indiqué renoncer à la tenue d'une audience par courrier du 8 avril 2024.

Me Gillard a fourni la liste de ses opérations le 25 avril 2024.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa quatrième demande en ce sens.

3. **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]

[Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) 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.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 12 décembre 2022. Elle porte sur une nouvelle demande déposée par le recourant le 22 avril 2021, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé depuis la précédente décision du 18 juillet 2019. Dans la mesure où les éléments déterminants de l'état de fait sont pour la plupart antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

4. 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).

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). 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 l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

5. a) Pour pouvoir 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 (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, on rappellera que la précédente décision de refus de prestations du 18 juillet 2019, confirmée par la Cour de céans le 16 avril 2020, reposait, sur le plan médical, sur un avis du SMR du 12 mars 2019 et les conclusions du rapport d'expertise du Dr L. _____ du 24 avril 2019. Le recourant était affecté de cervicalgies chroniques (avec uncarthrose de C3 à C6 et protrusions discales de C3 à C7) et de lombalgies chroniques (avec discopathies dégénératives de L2 à S1). La capacité de travail du recourant était considérée comme entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir notamment une

activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, exempte de port de charges supérieures à 5 kg, de déplacement en terrain irrégulier, de travail en hauteur, à genoux, en station accroupie, ménageant le rachis et permettant l'alternance des positions.

b) L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 22 avril 2021, du fait de l'apparition d'une nouvelle hernie discale avec signes d'irritation nerveuse et d'une potentielle indication chirurgicale, selon le rapport communiqué par le Dr D. _____ le 24 août 2021 (cf. avis ressortant de la permanence SMR du 21 septembre 2021). Il a jugé nécessaire, dans ce contexte, d'interroger le Centre N. _____ afin de déterminer si la capacité de travail du recourant était altérée depuis la précédente décision du 18 juillet 2019.

7. a) Dans ce cadre, le Dr J. _____ a fourni un rapport le 15 février 2022, aux termes duquel étaient mentionnés les différents blocs facettaires subis par le recourant depuis 2018. Le spécialiste indiquait expressément ne pas avoir prononcé d'arrêt de travail. L'évolution clinique et radiologique était sans changement, en dépit de douleurs présentes depuis plus de six mois. Le Dr J. _____ précisait, à titre de restrictions et de recommandations, que le port de charges devait être inférieur à 10 kg et la position assise et debout statique limitée à une heure consécutive. La marche était recommandée pour renforcer la musculature ; les changements de position devaient intervenir le plus souvent possible ; la montée d'escaliers était favorable, à l'inverse de la descente. Le recourant devait également restreindre les positions en porte-à-faux, les rotations dissociées des épaules et du bassin, ainsi que les flexions et extensions répétées de la nuque. Le spécialiste ne mentionnait aucun trouble de concentration ou de la mémorisation, ni aucune fatigabilité particulière. Il ne se prononçait pas précisément sur la capacité de travail, qualifiée d'indéterminée.

b) Ultérieurement, dans le contexte de la procédure d'audition, _____ le Dr J. _____ a communiqué un nouveau rapport le 5 septembre 2022 à la

demande de l'OAI, dont les observations sont strictement identiques à celles consignées dans celui du 15 février 2022 susmentionné.

c) On ajoutera qu'à la date de la décision querellée, étaient également versés au dossier du recourant les documents d'imagerie et le rapport du neurochirurgien M. _____ du 14 mai 2020 recueillis par K. _____ SA. Le Dr M. _____ retenait qu'une activité adaptée demeurerait possible à 100 % dans une activité permettant l'alternance des positions, exempte de travail en porte-à-faux et de port de charges.

8. a) Compte tenu de ces éléments, on ne voit aucune raison objective de se distancer de l'appréciation communiquée par le SMR dans son avis du 20 mai 2022. A la date du 12 décembre 2022, aucun rapport de spécialiste au dossier du recourant n'a prononcé de nouvel arrêt de travail postérieurement à la précédente décision au fond du 18 juillet 2019, ni fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires, sur la base des constats cliniques objectivés par imagerie depuis lors. A la lecture des rapports du Dr J. _____ des 15 février et 5 septembre 2022, on remarque en effet que la capacité de travail est toujours qualifiée d'indéterminée et que les limitations fonctionnelles sont superposables à celles énumérées de longue date dans le cas particulier. Seul le Dr D. _____ a considéré, dans son rapport du 24 août 2021, que la capacité de travail du recourant était altérée dans toutes activités, sans que cette appréciation n'apparaisse sérieusement étayée. Selon ce praticien, cette restriction valait « depuis le 4 septembre 2018 », soit de toute façon pour une période antérieure à la décision du 18 juillet 2019. L'évaluation du médecin généraliste traitant ne saurait par conséquent être suivie, faute de motivation suffisante pour déduire une péjoration significative de l'état de santé du recourant à ce stade.

b) Etant donné ce qui précède, force est donc de constater, avec l'intimé, qu'à la date du 12 décembre 2022, le tableau clinique présenté par le recourant - bien que légèrement différent de celui pris en considération aux termes de la décision du 18 juillet 2019 eu égard aux éléments d'imagerie subséquents - ne justifie pas de conclure à une

modification substantielle de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et de ses limitations fonctionnelles.

c) Par conséquent, l'intimé était fondé à nier la réalisation d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA et à considérer que le recourant était toujours doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. Partant, il n'y avait pas lieu de réévaluer le degré d'invalidité du recourant (chiffré précédemment à 0 %), lequel exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

d) En l'absence de motif de révision à la date du 12 décembre 2022, l'intimé était également légitimé à nier le droit du recourant à des mesures professionnelles, dans la mesure où ce dernier demeurerait capable d'exercer une activité adaptée dans la même mesure que par le passé.

A cet égard, on rappellera que l'intimé avait défini nombre d'activités ne requérant pas de qualifications professionnelles, ni de mesures de formation particulières, accessibles au recourant, telles que celles d'employé de dépôt (cariste, préparateur de commandes) dans une entreprise de petites marchandises ou d'ouvrier de production dans l'industrie légère (opérateur de production ; cf. rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 5 juin 2014).

9. a) Il est établi que le recourant a fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 19 janvier 2023, postérieurement à la décision entreprise. Cette intervention a entraîné des complications a priori importantes (parésies et hypoesthésies des membres inférieurs ; pied gauche tombant) selon les rapports communiqués les 4 avril et 21 juin 2023 par les Drs H._____ et D._____. On relèvera que le Dr H._____ a retenu une incapacité de travail totale dès le 19 janvier 2023, vraisemblablement sur le long terme, alors que le Dr D._____ a fait part des traitements de réhabilitation et de reconditionnement entrepris dans le cas du recourant.

b) Les éléments ci-dessus semblent relater une dégradation plausible du tableau clinique présenté par le recourant, de nature à

justifier une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, ainsi que l'a souligné l'intimé dans sa détermination du 24 juillet 2023 (cf. également *a contrario* : avis du SMR du 10 juillet 2023). Il n'y a toutefois pas lieu d'examiner ce point dans la présente procédure.

10. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 12 décembre 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 2 février 2023.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Gillard, à compter du 27 janvier 2023 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Gillard a produit le 25 avril 2024 la liste des opérations effectuées pour le compte du recourant, faisant état de neuf heures de travail déployées dans le cadre de la présente procédure. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Gillard. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à neuf heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 81 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 131 fr., ce qui représente un montant total de 1'832 fr. pour l'ensemble des opérations assumées dans

la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser les frais judiciaires et la rémunération de son mandataire, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 décembre 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 d'office du conseil du recourant est arrêtée à 1'832 fr. (mille huit cent trente-deux francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me François Gillard, à Belmont-sur-Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :