

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 418 vom 6. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__418

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 418 du 6 juillet 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 418 del 6 luglio 2015

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, AFFECTION DORSALE | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 51 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 06.07.2015 Arrêt / 2015 / 418

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, AFFECTION DORSALE | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 51 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 91/14 - 176/2015 ZD14.018933 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 6 juillet 2015 _____ Composition : M. Métral , président Mme Dormond Béguelin et M. Pittet, assesseurs Greffière : Mme Preti ***** Cause pendante entre : Z. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Caroline Ledermann, avocate auprès du Service juridique de Procap Suisse, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 4 et 28 LAI ; 6, 7, 8, 16, 17 et 51 LPGA E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine chilienne (au bénéfice d'un permis C), a travaillé en tant qu'opérateur technique auprès de [...] dès le 1 er septembre 1991. Le 13 novembre 1994, l'assuré a chuté sur le dos en se rendant au travail. Il en est résulté des douleurs musculaires à la cuisse gauche et au dos, entraînant une incapacité de travail (cf. déclaration d'accident LAA du 21 novembre 1994). Le diagnostic de contusion traumatique au niveau de la colonne lombaire, de la hanche et de la cuisse gauches a été posé (rapport médical intermédiaire LAA du 20 décembre 1994 du Dr G. _____). Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire a été réalisée le 5 décembre 1994, laquelle a mis en évidence un pincement discal L4-L5 et L5-S1. Il n'y avait en revanche pas de lésion traumatique osseuse. Dans un rapport du 20 février 1995, les Drs K. _____ et W. _____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du R. _____ (ci-après : R. _____), ont noté le diagnostic de syndrome lombo-radicaire irritatif non déficitaire S1 gauche, dont l'évolution était prolongée, sans signe déficitaire, ni arguments pour une pathologie de la hanche ou de la sacro-iliaque gauche. Dans un rapport du 31 mars 1995, le Dr D. _____, spécialiste en neurologie, a confirmé l'existence d'une radiculopathie S1 gauche, pour laquelle un avis neurochirurgical était indiqué. Selon un rapport du 24 avril 1995, le Dr H. _____, spécialiste en neurochirurgie, a déconseillé une opération, malgré la bonne corrélation entre les plaintes, les signes cliniques et la

radiologie. Il préconisait une reprise du travail, même à un taux très faible. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 1^{er} mai 1995, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de hernie discale L5-S1 gauche avec déficit clinique et électro-physiologique de la racine S1 gauche. L'évolution était qualifiée de peu favorable, la douleur constante dans la jambe gauche l'empêchant de dormir plus de six heures par nuit et ne lui permettant ni effort ni position assise prolongée. Objectivement, la mobilité lombaire était diminuée. Dans un rapport de la Clinique [...] de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA) du 21 juillet 1995, le Dr P. _____, a posé les diagnostics de contusion dorsale avec hernie discale L4-L5 et L5-S1, estimant la capacité de travail de l'assuré à 50% dès le 17 juillet 1995. Le 13 octobre 1995, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité indiquant souffrir de contusions lombaires avec hernies discales depuis le 13 novembre 1994, date de son accident. Dans un rapport du 31 octobre 1995, le Dr H. _____ retenait une amélioration depuis la dernière consultation en avril 1995. Il observait une meilleure flexion du tronc, un Lasègue légèrement diminué et une récupération de la sensibilité et du réflexe achilléen gauche. Il estimait la capacité de travail de son patient dans son ancienne activité à 75% avec une occupation à temps plein, la diminution de 25% lui permettant de se lever et se reposer régulièrement. Il ne pensait pas qu'une autre activité plus adaptée lui permettrait de regagner une capacité de travail supérieure. Dans un rapport du 27 novembre 1995 à l'OAI, le Dr S. _____ a retenu le diagnostic de contusions dorsales sur hernie discale L4-L5 et L5-S1 avec syndrome radiculaire algique L5-S1 gauche. L'assuré avait présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail variables notamment à 100% depuis la date de son accident jusqu'au 16 juillet 1995, puis à 50% du 17 juillet au 17 septembre 1995, à nouveau à 100% du 18 au 27 septembre 1995 et à 50% du 28 septembre au 8 octobre 1995. Le Dr S. _____ notait la nécessité pour l'assuré de retrouver une nouvelle activité adaptée à ses douleurs au dos, soit sans port de charge, mais permettant l'alternance de positions. Les rapports de travail entre l'assuré et l'employeur, [...], ont pris fin avec effet au 30 novembre 1995, à la suite de son licenciement. Par décision du 29 février 1996, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de gain de 25% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Le 20 janvier 1997, l'OAI a octroyé à l'assuré un stage d'observation en vue d'une réadaptation professionnelle. Selon le rapport du Centre L. _____ du 7 mars 1997, l'observation des capacités de l'assuré du 14 octobre 1996 au 13 avril 1997, prolongée au 31 août 1997, a permis de mettre en évidence qu'il pouvait occuper un emploi à plein temps avec un rendement normal, où l'alternance des positions était possible et le port de charges évité. Au terme du mandat de reclassement professionnel, l'assuré a trouvé une place d'apprentissage de libraire à [...] dès le 25 août 1997 (cf. rapport du Centre L. _____ du 11 août 1997). Par communication du 16 octobre 1997, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à un reclassement professionnel sous la forme d'un apprentissage de libraire du 25 août 1997 au 24 août 2000. Il a également bénéficié d'une prise en charge des frais liés au matériel scolaire pendant la formation (cf. communication de l'OAI du 20 mai 1999). Dans une note interne de l'OAI du 24 juillet 2000 relatant un entretien avec l'assuré, il est noté que ce dernier avait échoué à deux branches de l'examen final d'apprentissage, mais qu'il avait la possibilité de les repasser en juin 2001 et que, dans l'intervalle, il souhaitait partir à l'étranger pour apprendre des langues. Selon une note interne de l'OAI du 19 décembre 2000, l'assuré n'était pas en possession de son CFC de libraire, mais il le serait vraisemblablement en juin 2001 s'agissant des deux branches qu'il

devait repasser. Le 28 mars 2001, l'assuré a en outre expliqué qu'il était inscrit pour la session d'examen en juin 2001 et qu'il s'y préparait activement. Le 31 août 2001, il informait l'OAI qu'il avait échoué une deuxième fois aux deux examens pour l'obtention du CFC de libraire. Dans un avis du 8 août 2002 de la Dresse C. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, il est relevé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, soit permettant l'alternance des positions assise et debout, évitant le port de charges au-delà de 15 kg et le travail en porte-à-faux statique, était complète. Dans le rapport final de l'OAI du 7 novembre 2002, il est mentionné que l'assuré n'avait en réalité jamais eu l'intention de repasser ses examens après son échec en juin 2000 (à défaut d'être contractuellement lié à un employeur), contrairement aux informations données à plusieurs reprises, adoptant ainsi un comportement mensonger (cf. également note d'entretien avec l'assuré du 6 novembre 2002). Par retour de courrier le 20 avril 2004, [...] a indiqué à l'OAI que le gain annuel brut de l'assuré sans atteinte à la santé aurait été de 54'832 fr. (sans compter 3'290 fr. au maximum pour la participation aux résultats de l'entreprise) en 2002 et de 56'546 fr. (sans compter 3'393 fr. au maximum de part aux résultats) en 2004. Selon une note interne du 22 juillet 2004, l'OAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré. Il a retenu un revenu sans invalidité de 58'122 fr. et un revenu d'invalidité de 48'282 fr., représentant un taux d'invalidité de 16,9%. Il est inscrit en base de la page : « nous allons écrire à l'assuré que nous cessons les démarches en sa faveur et que le droit à une rente n'est pas ouvert ». Par courrier du 12 mars 2009 à l'OAI, l'assuré a écrit pour prendre un rendez-vous « conseil », expliquant qu'il avait bénéficié par le passé de prestations de l'assurance-invalidité. B. Le 19 mars 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, précisant qu'il souffrait de lombosciatalgies L5-S1 gauche depuis 1994. Il a joint à sa demande certains documents, notamment : - un rapport d'IRM lombaire du 12 juillet 2011, laquelle montrait une hernie discale modérée L4-L5 postérolatérale gauche légèrement luxée vers le bas, ainsi qu'une discopathie chronique accentuée L5-S1 (stade II selon Modic) ; - un rapport du Dr E. _____ du 9 août 2011 faisant état de lombosciatalgie L5-S1 gauche non déficitaire présente depuis le mois de juin. Ce médecin notait que les problèmes lombaires de l'assuré ne l'empêchaient toutefois pas de travailler comme garde du corps ; - ainsi qu'un rapport du 19 décembre 2011 de la Dresse X. _____, spécialiste en anesthésiologie, soulignant que les douleurs de l'assuré étaient mieux contrôlées après deux infiltrations périurales, la diminution de la douleur étant supérieure à 50%. Dans un rapport du 23 mai 2013, la Dresse B. _____, spécialiste en rhumatologie, a noté, s'agissant de la situation professionnelle de son patient, qu'il s'était réorienté en 2011 dans la sécurité (poste qu'il avait déjà occupé antérieurement) et que son accréditation pour ce type de fonction était échue depuis janvier 2013, de sorte qu'il pensait à se réorienter à nouveau. La Dresse B. _____ préconisait en outre une nouvelle IRM concernant les aspects médicaux. Celle-ci a été réalisée le 28 mai 2013 et a montré la présence d'une hernie discale postéromédiane en L5-S1 sans signe de conflit radiculaire, ainsi qu'une arthrose postérieure en L5-S1 des deux côtés. Dans un rapport du 27 juin 2013, la Dresse B. _____ a conseillé à l'assuré une consultation pour un avis neurochirurgical et a observé au status clinique les éléments suivants : « - assez bonne stabilisation actuelle, mais raideur rachidienne toujours très importante avec une DDS à 27 cm. - pas de signe de conflit disco-radicaire franc, car un signe de Lasègue est retrouvé dès 60° à gauche, avec des douleurs également croisées à droite, mais tronquées, plutôt lombaires et une irradiation qui se situe à mi-cuisse environ - aucun signe radiculaire

n'est véritablement retrouvé. - très nette souffrance de la charnière thoraco-lombaire ddc [...] » Dans un avis du 10 septembre 2013, le Dr N. _____, médecin au SMR, a retenu que l'assuré avait présenté de 2011 à 2013 deux épisodes aigus qui, bien que difficiles à traiter, avaient évolué de manière favorable, qu'il ne présentait pas de nouveau signe de gravité tel qu'un déficit neurologique, et que, dès lors, aucune aggravation par rapport à 1995 n'avait été démontrée. Il a également souligné le fait que l'assuré exerçait une activité professionnelle vraisemblablement peu adaptée à ses problèmes lombaires. Par projet de décision du 30 octobre 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité, l'atteinte à sa santé ne s'étant pas modifiée de manière à influencer son droit aux prestations. Le 25 novembre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI. Le 30 décembre 2013, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 19 décembre 2013 du Prof. T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a relevé que l'assuré présentait des blocages au niveau du dos qui revenaient plus ou moins une fois par an et l'obligeaient à rester immobile jusqu'à un mois. Entre-temps, les douleurs étaient fluctuantes. Le Dr T. _____ était d'avis qu'une spondylodèse n'améliorerait sûrement pas la situation. Dans un avis SMR du 21 janvier 2014, le Dr N. _____ a estimé que la situation médicale était superposable à celle de la première demande, de sorte que la capacité de travail de l'assuré n'était pas durablement réduite dans une activité adaptée. Le 28 mars 2014, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet de refus de prestations du 30 octobre 2013. C. Par acte du 8 mai 2014, Z. _____, représenté par Procap Suisse, a recouru contre la décision du 28 mars 2014 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi des prestations (reclassement, voire rente), subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il fait valoir que l'avis SMR n'est pas suffisant pour retenir que sa capacité de travail est toujours entière dans une activité adaptée, que l'OAI aurait dû tenir compte du taux d'invalidité de 25% retenu en matière d'assurance-accidents pour évaluer son invalidité, et enfin qu'il n'est pas établi que l'activité de libraire soit adaptée à ses limitations fonctionnelles. En conclusion, il conteste vigoureusement le refus des mesures de reclassement et demande des investigations complémentaires s'agissant du refus de la rente. A titre de moyens de preuve, il requiert la production de ses dossiers en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise. Il demande également l'assistance judiciaire pour la présente procédure. Le 10 juillet 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Les 25 août et 15 septembre 2014, les parties ont maintenu leurs positions respectives. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fêtes pascales (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux le refus

de l'OAI d'octroyer un reclassement et une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 19 mars 2013 par le recourant. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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 dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 in fine LPGA). Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidité ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). b) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. L'octroi d'une mesure de reclassement dans une autre profession suppose, entre autres conditions, que l'assuré présente en principe une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1). c) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - 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 ; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins. d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence

d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 aI. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 la 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'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 dûment 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 (cf. ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des

doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). f) Selon l'art. 51 LPGa, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGa peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). Selon la jurisprudence, l'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social – dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGa – peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 367 consid. 3 ; TFA C 253/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1).

4. a) Le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas rendu de décision formelle à l'époque de sa première demande de prestations déposée en 1995, de sorte que l'OAI n'était pas légitimé à examiner son dossier sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 LPGa. En l'occurrence, on constate à la lecture du dossier que le recourant a terminé son apprentissage de libraire en 2000, mesure de reclassement sous l'égide de l'OAI, et qu'il n'a pas eu de nouvelles de l'intimé depuis le 30 octobre 2002, date à laquelle un entretien verbal avec un collaborateur de l'OAI s'était tenu (cf. note de l'OAI du 6 novembre 2002). A cette occasion, l'intimé avait constaté le comportement mensonger du recourant qui disait avoir repassé et échoué en 2001 deux examens pour l'obtention du certificat d'apprentissage, alors qu'en réalité il n'avait jamais eu l'intention de s'inscrire à une nouvelle session d'examen. A la suite de cet entretien, l'intimé a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité du recourant, en juillet 2004, retenant un taux d'invalidité de 16,9%, insuffisant pour l'octroi de prestations (cf. note interne de l'OAI du 22 juillet 2004). Certes l'intimé a omis de communiquer cette évaluation à son assuré, contrairement à ce qui était projeté (cf. annotation en bas de la note interne du 22 juillet 2004). Toutefois, le recourant ne s'est pas manifesté jusqu'en mars 2009, date où il a sollicité un entretien avec l'intimé, expliquant avoir par le passé bénéficié d'une prestation de l'assurance-invalidité, faisant référence au reclassement dans l'activité de libraire (cf. courrier du 12 mars 2009). Ainsi, après plus de six ans sans nouvelles de l'intimé, le recourant devait et s'était rendu compte qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité ni à une nouvelle mesure de reclassement. Il y a dès lors lieu de retenir que l'OAI a fait usage de la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 LPGa et que dès lors une décision de refus de prestations était bel et bien entrée en force à la suite de la première demande du recourant. Au demeurant, vérifié d'office, le calcul du préjudice économique réalisé par l'OAI concluant à un taux d'invalidité de 16,9% (cf. note interne du 22 juillet 2004) n'est pas critiquable. A noter que même si l'intimé s'était référé aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2004 (ESS), le droit à des prestations de l'assurance-invalidité n'aurait pas été ouvert. En effet, pour le revenu d'invalidité, il convient de prendre le salaire de référence de 4'588 fr., soit celui auquel les hommes effectuant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé peuvent prétendre (ESS 2004, TA1 ; niveau de qualification 4). Adapté à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises en 2004 (41,7 heures) et diminué d'un abattement de 15% au maximum – à supposer qu'il serait accordé –, le revenu d'invalidité se monterait à 48'786 fr. 50 compte tenu d'une capacité de travail entière dans l'activité adaptée de libraire. Comparé au revenu sans invalidité de 59'939 fr. (cf. courrier de [...] du 5 janvier 2004), le taux d'invalidité serait de 18,6%, soit 19% au maximum, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations.

b) Cela étant, et l'OAI étant entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 19 mars 2013, il y a lieu

d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre l'été 2004 et mars 2013. En l'espèce, les documents médicaux remis par le recourant à l'appui de sa demande de prestations de mars 2013 datent de l'été 2011. On y apprend que le recourant a présenté des lombosciatalgies L5-S1 gauche depuis le mois de juin 2011, sans déficit neurologique, et qu'une période d'incapacité de travail en a découlé, sans autre précision (cf. rapport du Dr E. _____ du 9 août 2011 et de la Dresse B. _____ du 23 mai 2013). Des lésions dégénératives ont en outre été mises en évidence dans une nouvelle imagerie du 12 juillet 2011. Le recourant a dès lors subi deux infiltrations, qui ont permis, selon le rapport du 19 décembre 2011 de la Dresse X. _____, de mieux contrôler ses douleurs, les diminuant de plus de 50%, et d'augmenter son périmètre de marche. La Dresse X. _____ a également noté qu'il allait pouvoir reprendre progressivement des mandats de surveillant indépendant compte tenu de cette amélioration. Quant aux rapports médicaux remis ultérieurement par le recourant, ils n'attestent pas une aggravation de son état de santé, telle qu'elle l'empêcherait d'exercer une activité lucrative. En effet, la Dresse B. _____ n'a pas constaté de déficit neurologique à l'examen clinique (cf. rapport du 23 mai 2013). Après avoir renouvelé l'imagerie, laquelle a montré une hernie discale postéromédiane L5-S1 sans conflit radiculaire et une arthrose postérieure en L5-S1 des deux côtés (cf. IRM du 28 mai 2013), ce médecin a fait état d'une stabilisation quasiment sans prise d'antalgique (cf. rapport du 27 juin 2013). Elle préconisait toutefois un avis neurochirurgical qui a été pris auprès du Dr T. _____. Celui-ci a observé que le recourant présentait des blocages par intermittence depuis de très longues années qui revenaient environ une fois par an et l'obligeaient à rester immobile jusqu'à un mois tout au plus. En revanche, entre-temps, les douleurs étaient fluctuantes partant de la fesse gauche et irradiant jusqu'à la face postérieure du membre inférieur gauche. A l'examen clinique, ce médecin observait uniquement un Lasègue positif à 60° à gauche. Il a posé le diagnostic de discopathies non contiguës, plus marquées en L5-S1, pour laquelle il ne retenait pas d'indication chirurgicale. Ainsi, c'est à juste titre que le Dr N. _____ a estimé dans son avis SMR du 21 janvier 2014 qu'au vu des documents médicaux au dossier, l'atteinte était responsable de périodes limitées d'incapacité de travail alternée avec des périodes durant lesquelles le recourant n'avait besoin d'aucun traitement antalgique, de sorte que la situation était superposable à celle existante lors de la première demande. L'intimé a dès lors suffisamment instruit la cause. En conséquence, il convient de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir permettant l'alternance des positions assise et debout, évitant le port de charges au-delà de 15 kg et le travail en porte-à-faux statique (cf. avis SMR du 8 août 2002 de la Dresse C. _____), telle que l'activité de libraire. Enfin, s'agissant de l'argument du recourant concernant le taux d'invalidité de 25% retenu à son égard en matière d'assurance-accidents, il ne lui est d'aucun secours, les organes de l'assurance-invalidité n'étant en principe pas liés par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents, et inversement (ATF 133 V 549 ; TF 9C_751/2007 arrêt du 8 août 2008 consid. 3.1). Au demeurant, l'évaluation effectuée par la CNA ne tient aucun compte de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité mieux adaptée que celle qu'il exerçait précédemment. c) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise ni de requérir la production complète du dossier de la CNA concernant le recourant (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p.212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c,

120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 5. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGa). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs. Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération des frais judiciaires ; cf. décision du 11 juin 2014), de sorte que ces frais sont provisoirement mis à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 28 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. 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. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap Suisse (pour Z._____), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.