

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mars 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

**Y.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

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

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a exercé depuis 2001 le métier de grutier.

Durant le mois de décembre 2012, l'assuré a ressenti une violente douleur à l'épaule gauche, survenue subitement, qui s'est accompagnée d'une faiblesse de l'épaule et du triceps ainsi que de paresthésies du territoire médian gauche. Dans un rapport du 15 janvier 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a estimé que l'assuré avait été victime d'un syndrome de Parsonage-Turner.

Le 28 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 16 décembre 2013, ce médecin a indiqué que l'assuré souffrait d'un syndrome de Parsonage-Turner à gauche et que la situation évoluait positivement, soit vers une guérison au trois quarts au moins et une capacité de travail. Dans un courrier du même jour adressé à l'assureur-accident de l'assuré, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était extrêmement favorable mais non reconnue par le patient, qui avait refusé de reprendre le travail à 50% dès le 16 octobre 2013.

L'OAI a également requis des informations médicales auprès du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin praticien. Dans son rapport du 11 mars 2014, ce dernier a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombalgies sévères et de cervicalgies sévères, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, et de trouble mixtes de la personnalité. L'exercice de son activité habituelle n'était ainsi plus exigible.

En raison d'une situation médicale encore peu claire, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a demandé l'établissement d'un examen rhumatologique au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 13 mai 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de cervicarthrose C6-C7 et de légère parésie résiduelle du membre supérieur gauche dans un status post-syndrome de Parsonage-Turner. Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné des signes de tendinopathies du fléchisseur du pouce gauche à l'IRM. Pour ce médecin, l'assuré était incapable d'exercer son activité de grutier mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A l'appui de ses conclusions, il retenait les éléments suivants :

***Limitations fonctionnelles***

Nuque : pas de rotations rapides, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de position prolongée la tête en extension, pas de position statique prolongée assis au-delà d'une heure, pas de port de charge répété au-delà de 10 kg.

Membre supérieur gauche : pas de travail en hauteur ou sur un plan instable, pas de travaux de force.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

Nous reconnaissons une IT totale dans l'activité de grutier depuis le 22.11.2012 en s'appuyant sur les certificats médicaux du Dr G.\_\_\_\_\_. Initialement, l'IT est totale en relation avec le syndrome de Parsonage-Turner, qui n'est pas compatible avec le fait de monter sur une grue à plusieurs dizaines de mètres de haut s'il n'y a pas un élévateur sécurisé à disposition. La légère parésie persistante du membre supérieur G, est peu compatible avec la reprise de cette activité professionnelle ; la cervicarthrose surajoutée l'exclut, l'assuré ayant une position statique sur son siège pendant plusieurs heures.

***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

L'IT est restée totale dans l'activité habituelle de grutier.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans une activité adaptée respectant des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical et du membre supérieur G. Il y a lieu de relever qu'une activité de polisseur nous paraît peu adaptée,

en raison de la cervicarthrose et de la position statique de la nuque imposée par ce travail.  
Par rapport à la date d'exigibilité, nous prenons le 24.10.2013, cela correspond à la date de la dernière consultation du Dr G.\_\_\_\_\_. Lors de cette consultation, le médecin traitant estime que l'assuré a une guérison à 75% au moins de son problème neurologique et qu'une reprise à 50 % dans l'activité habituelle serait possible. Nous avons expliqué plus haut pour quelles raisons nous estimons qu'une reprise dans l'activité habituelle de grutier n'est pas exigible, par contre une reprise dans une activité adaptée l'est à plein temps, le 24.10.2013.

Invité à analyser l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, le SMR a, dans un avis du 27 mai 2015, estimé que le rapport établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ était convaincant. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de grutier ainsi qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : rotations répétées rapides de la nuque, position prolongée de la tête en hyper-extension, position assise statique de plus d'une heure, port de charge répété de plus de 10 kilos, travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, travaux de force et travaux en hauteur et sur plan instable.

Par décision du 14 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant un degré d'invalidité de 15,88 %, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

**B.** Le 6 juin 2016, S.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Marie Signori, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une aggravation brutale de son état de santé (infection au pancréas).

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr X.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 17 mars 2017, ce médecin a retenu les diagnostics - avec effets sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (status post tentamen médicamenteux et produits chimiques), de troubles mixtes de la personnalité, de pancréatite aiguë, d'hypertension artérielle, de status

post-plaie par balle (ce projectile étant toujours dans la cage thoracique), d'hernie inguinale, d'hypertriglycémie, de lombalgie sévère et de cervicalgie sévère. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était totalement incapable d'exercer son ancienne activité de grutier et qu'on ne pouvait pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, respectivement à l'amélioration de sa capacité de travail.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 26 avril 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a indiqué que, d'un point de vue pneumologique strict, il n'y avait aucune atteinte diminuant la capacité de travail de l'assuré. L'ergo-spirométrie avait toutefois mis en évidence une capacité d'effort anormale, de sorte que seule une activité professionnelle sédentaire était possible à un taux plein, une activité plus importante ne pouvant être envisagée qu'à temps partiel.

Dans un avis du 26 novembre 2017, le SMR a retenu que les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision du 14 juillet 2015 ne fournissaient aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé de l'intéressé. Ainsi, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail de l'assuré restait inchangée.

Par projet de décision du 5 février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il n'y avait pas de faits médicaux objectifs à même de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit, à l'appui de sa position, un rapport médical du 18 décembre 2017 établi par le Dr X.\_\_\_\_\_. Ce dernier confirmait les diagnostics précédemment posés et retenait une incapacité de travail totale depuis 2014, le pronostic demeurant réservé.

Le 14 août 2018, l'assuré a signalé l'existence d'un alcoolisme secondaire et requis l'établissement d'une expertise psychiatrique. Il se

basait sur un rapport médical établi le 12 juillet 2018 par le Dr X.\_\_\_\_\_, dont le contenu est le suivant :

En effet, le patient susnommé est vu régulièrement à ma consultation pour un suivi d'alcoolisme de type secondaire et j'ai pu constater une amélioration au niveau de son comportement qui est plus calme et plus serein.

J'ai l'impression que celui-ci est en rémission en rapport avec son alcoolisme.

Dans un avis médical du 10 octobre 2018, le SMR a maintenu sa position. Il a relevé que l'assuré avait requis la mise en place d'une expertise psychiatrique alors qu'il n'y avait pas d'antécédent, respectivement de problème psychiatrique hormis un problème d'alcool dans le passé, par ailleurs pris en compte dans l'instruction. Le rapport médical du 12 juillet 2018 du Dr X.\_\_\_\_\_ n'apportait ainsi aucun élément étayé de nature à modifier sa position.

Par décision du 9 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**C.**           **a)** Par acte du 13 février 2019, S.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès de médecins spécialistes indépendants, subsidiairement au renvoi de la cause devant l'OAI afin qu'il procède à dite expertise. A son avis, son état de santé s'était effectivement aggravé. Il présentait une capacité d'effort anormale le limitant dans les activités professionnelles. De même, les problèmes d'alcoolisme et de dépression sévère n'avaient pas été suffisamment investigués. Au vu des différentes constatations médicales, il ne pouvait ni demeurer en position statique assise prolongée au-delà d'une heure, ni exercer à 100% une activité non-sédentaire, ce qui semblait inclure toute activité lucrative exigible de sa part. L'établissement d'un rapport de synthèse était ainsi justifié.

**b)** Dans sa réponse du 25 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Concernant le

trouble psychiatrique évoqué par le Dr X.\_\_\_\_\_, l'office AI soulignait que ce médecin n'évoquait aucun traitement ni suivi psychiatrique. Quant au problème d'alcool de l'assuré, il semblait en rémission.

**c)** Dans sa réplique du 29 avril 2019, S.\_\_\_\_\_ a soutenu qu'il était prématuré de retenir une rémission totale de son problème d'alcoolisme et de conclure à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. Aucune investigation n'avait été mise en œuvre afin de déterminer si sa dépendance à l'alcool entraînait une impossibilité de pratiquer une activité lucrative. De telles investigations faisaient également défaut sur le plan pneumologique, le recourant souffrant d'une capacité à l'effort réduite. Il convenait ainsi de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin de pouvoir déterminer si les incapacités de travail attestées par les médecins, respectivement les limitations fonctionnelles, lui permettaient effectivement d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé.

**d)** Dans sa duplique du 20 mai 2019, l'office AI a confirmé ses propres conclusions.

**e)** A l'occasion de déterminations complémentaires, l'assuré a produit un descriptif des médicaments qui lui était actuellement prescrits.

**f)** Dans ses déclarations du 21 octobre 2019, l'OAI a indiqué que la pièce médicale produite par l'assuré ne remettait pas en cause 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.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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]). Lorsque 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 ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) 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 (al. 1).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

**c)** En l'espèce, l'intimé est, à juste titre, entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant déposée le 6 juin 2016, malgré le refus de rente signifié le 14 juillet 2015. En effet, à l'occasion d'un contact téléphonique entre l'intimé et le recourant, ce dernier a mentionné une atteinte au pancréas. Des examens supplémentaires pour le foie et le pancréas étaient d'ailleurs prévus. Le diagnostic de pancréatite aiguë a ensuite été confirmé par le Dr X.\_\_\_\_\_ à l'occasion de son rapport du 17 mars 2017. Cette pathologie n'avait pas été constatée dans le cadre de la première demande, ce qui laissait effectivement entrevoir une modification sensible de l'état de santé du recourant.

**d)** Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations – soit la décision du 14 juillet 2015 – et la décision litigieuse du 9 janvier 2019, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**4. 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 ; 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 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)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93

consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** Le recourant soutient que son état de santé s'est effectivement aggravé depuis le 14 juillet 2015 en se fondant notamment sur les rapports établis par les Drs X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_.

**a)** En premier lieu, il sied de rappeler les circonstances qui ont mené l'intimé à rejeter la première demande de prestations déposée par le recourant. Celui-ci se trouvait depuis le mois de novembre 2012 en incapacité totale de travail dans son ancienne activité de grutier en raison d'un syndrome de Parsonage-Turner. A l'issue des mesures d'instruction qu'il a mises en œuvre, l'OAI, reprenant les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ exposées dans son rapport du 13 mai 2015, a constaté que le recourant

était capable, malgré l'existence de cervicalgies chroniques, d'exercer depuis le mois d'octobre 2013 à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité dans l'industrie légère (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ; ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ; ouvrier en conditionnement).

**b)** Sur le plan ostéo-articulaire, il n'est à aucun moment fait mention d'une aggravation de la situation. En effet, malgré que le Dr X.\_\_\_\_\_ ait qualifié de sévères les lombalgies et les cervicalgies dont souffre le recourant, aucune plainte spécifique concernant ces pathologies ne ressort des différents éléments médicaux à disposition. Le Dr X.\_\_\_\_\_ ne retient d'ailleurs aucune limitation spécifique induite par ces atteintes.

**c)** Sur le plan viscéral, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'une pancréatite aiguë. Cependant, il n'y a au dossier aucune mention d'un suivi spécialisé, respectivement aucun élément qui laisserait à penser que cette affection aurait entraîné des séquelles à l'origine d'une quelconque incapacité de travail.

**d)** Sur le plan pneumologique, le Dr T.\_\_\_\_\_ constate, dans son rapport du 26 avril 2017, une pleine capacité de travail d'un point de vue strictement pneumologique. Si la capacité d'effort est effectivement réduite, ce médecin ne retient pas de limitation respiratoire, précisant que la baisse de la capacité semblait s'expliquer par une limitation chronotrope (une élévation faible ou du moins incomplète de la fréquence cardiaque à l'effort) induite soit par la prise de bêtabloquants, soit par un déconditionnement physique. L'atteinte en question peut dès lors être raisonnablement traitée et ne saurait, comme le relève le Dr T.\_\_\_\_\_, influencer sur l'exercice d'une activité adaptée, les activités professionnelles sédentaires étant toujours accessibles au recourant.

**e)** Sur le plan psychiatrique, le dossier ne contient, malgré l'évocation de diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble mixte de la personnalité, aucune description précise des symptômes qui affecteraient la santé psychique du recourant. Au regard des pièces

produites au dossier, rien n'indique que le recourant ferait l'objet d'un suivi spécialisé.

**f)** Sur le plan de la consommation d'alcool pour finir, le Dr X. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 12 juillet 2018, indiqué que le recourant était en rémission. Ce médecin s'est en outre abstenu de mentionner les éventuelles implications de sa consommation d'alcool sur l'exercice d'une activité lucrative.

**g)** Les rapports établis les 17 mars 2017, 18 décembre 2017 et 12 juillet 2018 par le Dr X. \_\_\_\_\_, n'abordent pas de manière détaillée les différentes problématiques médicales, ne font aucune mention des plaintes de l'assuré et ne contiennent aucune explication circonstanciée d'ordre médical sur les raisons pour lesquelles il se justifierait de retenir une incapacité de travail. Au vu de leur contenu sommaire, les rapports en question ne permettent à tout le moins pas de remettre en cause les constatations qui précèdent, ni de justifier la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

**h)** Ainsi, à la lumière des rapports médicaux versés au dossier, il y a lieu de constater que la situation du recourant n'a pas sensiblement évolué sur le plan de la capacité de travail depuis l'époque où la précédente décision de refus de rente a été rendue. Il n'y a aucune raison de douter que le recourant dispose toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** Par décision du 25 février 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 13 février 2019 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

**c)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**d)** Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

Le conseil du recourant a produit le 15 novembre 2019 une liste de ses opérations faisant état de 9 heures effectuées. Ces opérations consacrées à la défense des intérêts du recourant peuvent être validées. L'indemnité d'honoraire s'élève donc à 1'620 fr. (9 heures x 180). A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe (81 fr.), puis la TVA au taux de 7,7% en sus, soit 131 fr. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours doit être arrêté à 1'832 fr.

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RSV 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de S.\_\_\_\_\_, est fixée à 1'832 fr. (mille huit cent trente-deux francs), débours et TVA compris.
- 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 de l'indemnité de conseil d'office mise 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 Jean-Michel Duc,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :