

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2022

Composition : M. NEU, président
Mmes Dormond Béguelin et Gabellon, assesseures
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Raphaël Hämmerli, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], atteint de nanisme et de lombalgies chroniques, est entré en Suisse en 1984 pour y exercer une activité lucrative. Après avoir obtenu une attestation de formation professionnelle en qualité de soudeur, il a déployé des activités de magasinier, d'auxiliaire d'imprimerie et d'hôte à l'accueil de la clientèle, et a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) le 19 novembre 2004.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office AI a sollicité un rapport médical auprès du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, qui l'a complété le 20 décembre 2004. Ce praticien a mentionné les diagnostics de « nanisme avec déformation des mains et des pieds » restreignant l'embauche potentielle de son patient et de « lombalgies chroniques » limitant les travaux de force. Il a envisagé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Mandaté par l'Office AI aux fins d'expertise, le Prof. V._____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à l'examen clinique de l'assuré le 17 octobre 2005 et communiqué le rapport d'expertise corrélatif le 31 octobre 2005, retenant au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail ceux de « lombalgies chroniques », de « légère surcharge fonctionnelle » et de « nanisme constitutionnel, harmonieux en ce qui concerne le tronc et les membres, mais avec un raccourcissement notable des phalanges aux deux mains ». L'expert a fait part de son appréciation, considérant que l'assuré était essentiellement « gêné par un nanisme avec raccourcissement notable des phalanges des mains », ainsi que « pour les travaux en hauteur en raison de sa petite taille ». Sur le plan des lombalgies, le pronostic était qualifié de « bon », de même que sur le plan de « travaux manuels adaptés », en évitant la préhension d'objets lourds. Au titre des limitations, étaient indiquées une « limitation de la préhension des objets en raison du raccourcissement des

doigts » et une « baisse de la force de préhension ». L'expert a retenu depuis 2002 une capacité de 40% dans la profession de soudeur et de 80% dans un métier manuel adapté, précisant que l'activité exercée jusqu'alors était exigible à hauteur de sept à huit heures par jour sans baisse de rendement prévisible. Des mesures professionnelles étaient envisageables immédiatement. Il a souligné qu'une activité adaptée, telle que des « travaux de surveillance ou de manutention légère, en positions assise et debout alternativement, ou même un travail en position assise de façon prolongée », pouvait être déployée à raison de huit heures par jour sans baisse de rendement.

Interpellé par la Dre N._____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR), le Prof. V._____ a complété son rapport en date du 25 avril 2006. Il a signalé qu'une « activité manuelle adaptée ne [pouvait], à son avis, être exigible à 100 % [...], mais à 90 % seulement », mais que « l'activité exercée depuis le 02.12.2004 comme hôte d'accueil dans une discothèque [était] parfaitement adaptée [et] pourrait être exercée à 100 % sans restriction ».

Par avis du 10 mai 2006, la Dre N._____ s'est ralliée à cette opinion, retenant en définitive une capacité de travail de 40 % dans la profession apprise et de 90-100 % dans une activité adaptée, telle que l'activité actuelle, en dépit du « léger flou sur l'exigibilité » induit par l'expert.

Le 7 juin 2006, l'Office AI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, confirmée par décision sur opposition du 13 juin 2008, compte tenu d'un degré d'invalidité de 17,83 %, arrondi à 18 %, résultant de la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

b) Dans le cadre de l'instruction du recours interjeté contre cette décision, une conciliation est intervenue entre les parties. L'Office AI s'est déclaré disposé à octroyer des mesures professionnelles à l'assuré, après avoir revu à la hausse son taux d'invalidité, porté à 26 %, en

retenant l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 90 %. L'assuré a pour sa part convenu de cette exigibilité, admis le nouveau calcul opéré par l'Office AI et retiré son recours.

Des mesures professionnelles ont été conduites au Centre Y._____ qui a déduit de son observation qu'un placement de l'assuré dans l'économie n'était pas envisageable en l'état pour des raisons de santé, soit du fait du nanisme, de limitations fonctionnelles trop importantes, de faibles aptitudes intellectuelles, de connaissances scolaires trop basiques et de rendements inexploitable (cf. rapport du centre, daté du 12 novembre 2010, signalant que « visiblement la santé de [l']assuré ne lui permet pas actuellement de se projeter dans un quelconque projet concret »).

Le Service de réinsertion professionnelle a pris acte du terme des mesures professionnelles dans un rapport final du 2 novembre 2010. Il a également déterminé une nouvelle fois les revenus avec et sans invalidité pouvant être pris en compte pour l'évaluation de l'invalidité.

Sollicité pour avis, le Service juridique de l'Office AI a rappelé le 14 janvier 2011 que le taux d'invalidité de 26 % avait été arrêté par convention lors de l'audience de conciliation du 25 mars 2009. Partant, la décision sur opposition du 13 juin 2008 était à son sens entrée en force. Une modification du taux d'invalidité sous l'angle de l'art. 53 al. 2 LPGA s'avérait exclue, de même que sous l'angle des art. 53 al. 1 LPGA ou 17 al. 1 LPGA, en l'absence de faits nouveaux ou de moyens de preuve nouveaux, respectivement faute de modification substantielle de l'état de santé de l'assuré.

c) Le 11 septembre 2012, l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déposé une demande de révision procédurale fondée sur l'art. 53 al. 1 LPGA, laquelle a été rejetée par l'Office AI au motif que les difficultés invoquées à réintégrer le marché du travail constituaient des faits connus de l'assuré de longue date. Par ailleurs le rapport du Centre Y._____ du 12 novembre 2010 ne pouvait être assimilé à un nouveau

moyen de preuve propre à exclure la capacité de travail résiduelle de 90 % définie médicalement, mais relèverait bien plutôt d'une appréciation différente, essentiellement subjective, de ladite capacité (cf. décision du 9 septembre 2013).

L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 259/13).

Au terme d'une audience d'instruction tenue le 5 février 2014, l'instruction de cette cause a été suspendue dans l'attente du résultat d'une nouvelle demande de prestations à présenter à l'Office AI.

Le 26 février 2014, l'Office AI a produit le tirage d'un avis médical du 21 février 2014 établi par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique, rééducation et en rhumatologie, médecin auprès du SMR, se déterminant sur la discordance entre les conclusions de l'expertise réalisée par le Prof. V._____, le 17 octobre 2005 et celles du rapport du Centre Y._____ du 12 novembre 2010. Il a relevé notamment ce qui suit :

« [...] Depuis l'expertise du Professeur V._____, nous avons un document médical à disposition, le rapport médical du Dr M._____, médecin généraliste traitant, rapport datant du 04.10.2010. Les diagnostics retenus avec effets sur la capacité de travail sont les mêmes que ceux décrits par le Professeur V._____, à savoir un nanisme constitutionnel, des lombalgies chroniques, un raccourcissement notable des phalanges aux deux mains. Le constat médical est de peu de gravité avec un examen des différents systèmes sans particularité en dehors du nanisme avec l'important raccourcissement des phalanges des deux mains. Il est mentionné que l'assuré ne travaille actuellement pas, n'ayant pas trouvé d'activité professionnelle en raison de son nanisme. Les problèmes lombaires apparaissent pour certaines activités et ne sont pas détaillés. Il s'agit donc toujours de lombalgies de type mécanique. Le Dr M._____ confirme qu'une reprise d'activité est possible dans une activité adaptée aux problèmes médicaux de l'assuré, notamment le nanisme. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il y a lieu de conclure que sur le plan médical il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Professeur V._____ du 17.10.2005. Les conclusions de cette expertise restent d'actualité. Les conclusions du rapport du [Centre] Y._____ comme quoi il est impossible que [l'assuré] rejoigne l'économie de façon stable, s'appuient en grande partie sur des facteurs étrangers : difficulté de maîtrise de la langue française, maîtrise du calcul, durée du non-emploi. L'arthrose évoquée dans les conclusions du [Centre] Y._____, n'est pas confirmée par les documents médicaux à disposition. Par rapport aux différentes tâches exercées au [Centre] Y._____, le descriptif des postes de travail, ne permet pas de s'assurer qu'il y ait eu la possibilité de varier la position : « menuiserie 80 % en position debout,

mécanique de base travaux d'établi 90 % en position debout, cartonnage 90% en position assise, informatique 100 % en position assise ». Le Professeur V._____, retenait à la page 9 de son expertise la nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout. »

Parallèlement à la requête en révision procédurale, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations AI, par le dépôt du formulaire ad hoc le 17 avril 2014, en invoquant l'appréciation médicale du 19 mars 2014 du Dr M._____ dont on extrait ce qui suit :

« [...] 2) Concernant [la] capacité de travail [de l'assuré] et les possibilités de réinsertion professionnelle, je confirme effectivement les conclusions du rapport [réd. : du Centre Y._____].

3) La capacité de travail de [l'assuré] dans une activité adaptée à ses limitations est difficile à déterminer au vu du bilan effectué [au Centre Y._____], un 50 % pourrait éventuellement être envisagé.

[...] Une expertise médicale à la [...] pourrait également être envisagée afin de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. [...] »

Par décision du 8 septembre 2014, fondée sur l'avis du 13 mai 2014 du Dr C._____, médecin auprès du SMR, considérant qu'une « aggravation de l'état de santé de l'assuré [n'était] pas rendue plausible » en l'absence de nouveau diagnostic avancé par le Dr M._____ et de motifs étayant son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision.

d) Par acte du 10 octobre 2014, l'assuré a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée (cause AI 218/14).

Par arrêt du 17 août 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision de refus d'entrer en matière rendue le 8 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (arrêt CASSO AI 218/14 - 210/2015).

e) Par arrêt du même jour, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a également rejeté le recours portant sur le refus de révision procédurale, la décision corrélatrice du 9 septembre 2013 de l'Office AI étant confirmée (arrêt CASSO AI 259/13 - 209/2015).

B. Le 9 octobre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'Office AI.

Par correspondance du 12 octobre 2018, l'Office AI a imparti un délai à l'assuré pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Par projet du 6 décembre 2018, l'Office AI a envisagé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 13 juin 2008.

Le 11 février 2019, l'assuré, désormais représenté par Me Vincent Delaloye, a fait part de ses objections à ce projet et requis la reconsidération de la décision du 13 juin 2008 conformément aux art. 53 al. 2LPGA et 88bis al. 2 RAI. Au vu du rapport du 12 janvier 2019 du Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et des considérations du Centre Y._____ à l'époque des tentatives de réinsertion professionnelle, il estimait que l'expertise rendue par le Prof. V._____ était erronée dès lors qu'elle ne prenait pas en compte le cas dans sa globalité. Dans son rapport du 12 janvier 2019, le Dr X._____ indiquait notamment que l'assuré, connu pour un nanisme dans le cadre d'une hypochondroplasie, était confronté à des douleurs vertébrales sous forme de cervico-scapulalgies et lombosciatalgies gauches d'ordre spondylogène, sans irritabilité neuroméningée. Le nanisme n'induisait pas en tant que tel une incapacité professionnelle. En revanche, sur le plan ergonomique, le poste de travail qui était normalement conçu pour répondre à 95 % des normes anthropomorphiques d'une population dite normale, ne conviendrait absolument pas à l'intéressé. La hauteur de la zone d'accès de charges, l'envergure des bras, la dimension de la main étaient autant de facteurs qui n'avaient jamais été considérés pour disposer d'une activité de charge en zone sécuritaire, avec par ailleurs un ancrage de saisie d'objets non

adapté et non sécuritaire. Autrement dit, on pouvait soupçonner que les bras de levier avaient été anormalement sollicités, œuvrant en permanence en zone haute compte tenu de sa petite taille. En tant que manutentionnaire de force, exposé à une activité répétitive, il avait longtemps été soumis à des contraintes physiques manifestement trop importantes pour sa constitution, ayant évolué dans un environnement professionnel non adapté. C'était ainsi que des sursollicitations physiques s'étaient manifestées, dont rendent compte les déséquilibres musculaires cervico-scapulaires constatés, sans que des mesures physiques puissent apporter de réel bénéfice. Si, au début, la capacité adaptative n'était pas entamée, puisque l'assuré disposait naturellement d'un profil hypermobile, au fil du temps les répercussions fonctionnelles se sont avérées source de contraintes majeures, chroniquement présentes au niveau de l'axe cervical, lombaire, des épaules, des mains, et des pieds. De toute évidence, l'assuré avait dépassé ses compétences physiques et ne pouvait pas retourner dans le domaine professionnel à un poste non adapté, requérant des mouvements répétitifs et le port de charges.

Par avis du 27 juin 2019, la Dre G._____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du SMR, a considéré qu'il fallait entrer en matière sur cette nouvelle demande étant donné qu'un nouveau diagnostic (cervico-scapulalgies bilatérales d'ordre spondylogène) avait été retenu (bien que le status clinique et le bilan radiologique étaient assez rassurants) et que l'aggravation d'une atteinte dégénérative au plan ostéoarticulaire, voire l'apparition d'une nouvelle atteinte, ne pouvaient pas être exclues à l'heure actuelle (à peu près 14 ans après l'expertise du Prof. V._____).

Appelé à se déterminer sur la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr X._____ a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % pour les activités de ferrailleur et manutentionnaire lourd. Son pronostic de réadaptation était sombre et il fallait envisager une réinsertion professionnelle dans une activité plus ergonomique, reprenant les constatations de son précédent rapport (cf. rapport du 14 septembre 2019).

Interpellé sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, le Dr X._____ a estimé que dans une activité professionnelle offrant des alternances de postures sans port de charges, à un poste dit ergonomique prenant en compte son morphotype, une capacité de travail à 50 % (sans pouvoir déterminer de date) pourrait être envisagée, pour autant qu'une formation dans cette nouvelle activité soit conduite. Ce praticien estimait également que la très faible scolarité de l'assuré et ses capacités intellectuelles constituaient des facteurs limitatifs à une nouvelle orientation professionnelle. Une capacité au-delà de 50 % ne pouvait, selon lui, pas être exigée, même à un poste adapté, car au repos l'assuré devait faire face à des problèmes vertébraux et périphériques récurrents. Le Dr X._____ suggérait de procéder à un test de capacités fonctionnelles pour déterminer la tolérance aussi bien de l'axe cervico-scapulohuméral que lombo-pelvien dans des positions et des contraintes professionnelles à court terme (cf. rapport du 23 octobre 2019).

Par avis du 12 novembre 2019, la Dre G._____ a considéré que le Dr X._____ ne détaillait pas précisément pour quelles raisons une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée ne serait pas possible et a suggéré la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique.

C'est dans ce cadre que le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du SMR, a examiné l'assuré le 15 janvier 2020 et rendu son rapport le 21 janvier 2020, aux termes duquel il a notamment retenu ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- **LOMBO-PSEUDOSCIATALGIES G DANS LE CADRE DE DISCRÈTES DISCOPATHIES, PRÉDOMINANT EN L3 ET L4 ET D'ARTHROSE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES, PRÉDOMINANT ÉGALEMENT EN L3 ET L4.**

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/05.

Diagnosics associés

- **CERVICO-SCAPULALGIES BILATÉRALES NON DÉFICITAIRES DANS LE CADRE D'UN REMANIEMENT DÉGÉNÉRATIF DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES EN C3-C4 ET UNCOVERTÉBRALES EN C5-C6.**
- **NANISME HYPOCHONDROPLASIQUE.**

Sans répercussion sur la capacité de travail

- **LÉGÈRE TENDINOSE DISTALE DU TENDON SUPRA-ÉPINEUX DDC, BURSITE SOUS-ACROMIODELTOÏDIENNE MODÉRÉE DDC, LÉGÈRE ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE DDC (SELON ÉCHOGRAPHIE DU 25.10.2018), ACTUELLEMENT ASYMPTOMATIQUES.**
- **KYSTE DU FAISCEAU DORSAL DU LIGAMENT SCAPHO-LUNAIRE D (SELON IRM DU 27.02.2013), ACTUELLEMENT ASYMPTOMATIQUE.**
- **ARTHROSE IPD DU MAJEUR DE LA MAIN G (SELON US DU 17.05.2019).**

[...]

Limitations fonctionnelles

Colonne lombaire : port de charges au-delà de 10 kg, marche au-delà de 2 heures, position debout statique au-delà de 30 minutes, position assise au-delà de 1 heure, postures en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaire.

Colonne cervicale : activité au-dessus de l'horizontale.

Nanisme : limitations dans la préhension d'objets en raison du raccourcissement des doigts.

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

Nous ne revenons pas sur les IT attestées lors des 2 premières demandes de réadaptation/rente. On constate une aggravation de l'état de santé. A partir des évaluations effectuées par le D X. _____ (consultation à son cabinet le 22.10.2018 selon le RM du 12.01.2019), il y a lieu de retenir des LF supplémentaires par rapport à celles retenues par le Prof. V. _____ dans son rapport d'expertise du 31.10.2005. Ces LF ne sont plus compatibles avec l'activité de maraîcher. Elles ne limitent toutefois pas durablement l'exercice d'une activité adaptée.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT est restée de 100 % dans l'activité de maraîcher et de 0 % dans une activité adaptée.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de la colonne cervicale et de la colonne lombaire dans le cadre de signes de surcharge ostéoarticulaire et dans le cadre d'un nanisme en raison d'un raccourcissement des doigts rendant difficile certaines préhensions (gros objets).

Les atteintes ostéoarticulaires objectivables restent modestes. Les souffrances algodysfonctionnelles et les dysbalances musculaires

mentionnées par le Dr X. _____ ne se rapportent pas à une grave atteinte à la santé. Les troubles posturaux sont aussi très modestes.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Il n'y a pas d'empêchement à des mesures de réadaptation sur le plan ostéoarticulaire.

Pronostic

Des facteurs non médicaux ont un effet prédominant concernant l'échec des mesures professionnelles : il s'agit de l'âge, de l'absence de formation certifiée, des nombreuses années passées sans activité lucrative, de l'assistance sociale, du long litige avec l'Al. Dans le RM du 23.10.2019, le Dr X. _____ mentionne également des facteurs externes défavorables : très faibles scolarité et capacités intellectuelles pour pouvoir s'adapter dans une nouvelle orientation professionnelle. Compte tenu des incohérences constatées lors de l'examen clinique de ce jour, d'un score de Waddell à 3/5, le test de capacités fonctionnelles proposé par le Dr X. _____ dans le rapport du 23.10.2019 n'est pas indiqué chez cet assuré qui réclame une rente.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS LA DERNIÈRE ACTIVITÉ DE MARAÎCHER : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS L'ÂGE LÉGAL POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Par projet de décision du 26 mars 2020, annulant et remplaçant celui du 6 décembre 2018, l'Office Al a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Après examen complet du dossier, il constatait que l'incapacité de travail et de gain de l'assuré était totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible depuis toujours dans une activité adaptée à son état de santé respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de marche au-delà de 2 heures, pas de position debout statique au-delà de 30 minutes, pas de position assise au-delà de 1 heure, pas de postures en porte-à-faux lombaire, pas de mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaire, pas d'activité au-dessus de l'horizontale et limitations dans la préhension d'objets en raison du raccourcissement des doigts). Compte tenu de la comparaison entre ses revenus sans invalidité et d'invalidé, l'assuré

présentait un degré d'invalidité de 10 %, ce qui ne lui ouvrait pas le droit aux prestations.

L'assuré, assisté d'un nouveau mandataire professionnel en la personne de Me Raphaël Hämmerli, s'est opposé au projet de décision précité, par courrier du 23 avril 2020, puis du 29 juin 2020, produisant un rapport du 6 mai 2020 du Dr M._____, lequel estimait qu'il ne pouvait travailler qu'à temps partiel dans un poste de travail adapté à sa taille et à ses problèmes lombaires. Le port de charges lourdes devait être évité (pas plus de 5 ou 10 kg) et les travaux de force étaient à prescrire. Dans l'activité exercée avant 2006, sa capacité de travail était nulle.

Par décision et courrier du 24 juillet 2020, l'Office AI a confirmé son projet et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

C. Par acte du 14 septembre 2020, F._____, toujours représenté par Me Hämmerli, a formé recours contre la décision précitée devant de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à titre cassatoire, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'Office AI pour l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 50 % à tout le moins, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction du dossier, en particulier sous l'angle d'une expertise médicale, et à titre réformatoire, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 50 %. Se fondant sur les rapports des 23 octobre 2019 du Dr X._____ et 6 mai 2020 du Dr M._____, il a fait valoir que son degré d'invalidité était de 50 % au moins. Il présentait ainsi une incapacité de travail de 100 % dans son activité professionnelle initiale et d'au moins 50 % dans une activité professionnelle adaptée.

Le 20 octobre 2020, le juge instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 juillet 2020.

Dans sa réponse du 19 novembre 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives par réplique du 14 décembre 2020 et duplique du 11 janvier 2021. L'assuré s'est encore déterminé le 5 février 2021. Leurs arguments seront repris ci-après dans la mesure utile.

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 art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande formulée le 9 octobre 2018.

b) 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 24 juillet 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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

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

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

6. a) En l'espèce, la décision attaquée retient que le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'âge légal pour l'exercice d'une telle activité. Cette constatation se fonde sur l'examen clinique rhumatologique pratiqué par le Dr D. _____ du SMR et les conclusions de son rapport daté du 21 janvier 2020, dont il convient d'examiner la valeur probante.

b) Le Dr D. _____ du SMR a reçu le recourant et procédé à un examen clinique complet, détaillé dans son rapport (status général, neurologique et ostéoarticulaire). Il a établi l'anamnèse familiale, scolaire et professionnelle du recourant, puis listé et résumé les différents documents médicaux qui étaient à sa disposition depuis la période de 2004 à 2019, comprenant les rapports des Drs X. _____ et M. _____. Il a également pris connaissance du dossier radiologique du recourant et listé ses plaintes ostéoarticulaires. Il s'est en outre renseigné sur les habitudes du recourant, sa vie quotidienne, ses loisirs et son contexte psychosocial.

aa) Se fondant sur ses constats cliniques et sur les documents médicaux à sa disposition, le Dr D. _____ a retenu le diagnostic principal incapacitant de lombo-pseudo-sciatalgies gauches dans le cadre de discrètes discopathies, prédominant en L3 et L4 et d'arthrose des articulations postérieures, prédominant également en L3 et L4, et comme diagnostics associés, des cervico-scapulalgies bilatérales non déficitaires dans le cadre d'un remaniement dégénératif des articulations postérieures en C3-C4 et uncovertébrales en C5-C6 ainsi que de nanisme

hypochondroplasique ; ces diagnostics ne sont pas contestés par le recourant ou ses médecins, les Drs X._____ et M._____, retenant tous deux les mêmes diagnostics incapacitants ainsi que les mêmes limitations que l'examineur du SMR avec une appréciation différente quant à la capacité de travail du recourant.

bb) Le Dr D._____ a motivé son appréciation médicale et expliqué sur quels points et pourquoi il s'écartait de l'avis du Dr X._____, de manière convaincante.

Il a relevé en particulier que l'extension cervicale était discrètement diminuée par rapport à l'expertise de 2005 (cf. rapport d'expertise du Prof. V._____ du 31 octobre 2005). L'extension diminuait de 15 à 14 cm. Les rotations et les inclinaisons latérales étaient cependant conservées. Par rapport à 2005, la flexion lombaire avait également légèrement diminué. Elle était passée de 15 cm à 14.5 cm. Il n'y avait pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. L'examen des épaules et des coudes était sans particularité. Il relevait une brachydactylie de tous les doigts et des orteils dans le cadre d'un nanisme. L'examen des hanches et des genoux était sans particularité. Le recourant signalait des douleurs diffuses de la cheville gauches (déjà mentionnées dans le rapport d'expertise du Prof. V._____), sans qu'il ne retrouve d'instabilité de la cheville. La faible force de préhension aux deux mains lors du test de Jamar, avec des valeurs qui fluctuaient, était le reflet d'une participation insuffisante du recourant. Ces fluctuations étaient également relevées par le Prof. V._____ (cf. rapport médical du 25 avril 2006), qu'il qualifiait de légère surcharge fonctionnelle. Sur le plan médico-asséculo-logique, il y avait lieu de considérer ceci comme une incohérence. La diminution diffuse de la sensibilité de l'hémicorps gauche ne concordait pas non plus avec une lésion organique.

En l'absence de radiculopathie irritative ou déficitaire, le Dr D._____ qualifiait les douleurs du membre inférieur gauche de pseudo-sciatalgies et non pas de sciatalgies. Dans les rapports du 12 janvier 2019 et du 14 septembre 2019, le Dr X._____ diagnostiquait

des lombosciatalgies gauches dans un contexte notamment de conflit vis-à-vis de la racine L3 gauche. Toutefois, un conflit de la racine L3 ne pouvait pas provoquer de sciatalgies. Le territoire de la racine L3 ne correspondait pas à la localisation des douleurs signalées par le recourant. Les cervico-scapulalgies bilatérales, aussi diagnostiquées par le Dr X. _____ (cf. rapports du 12 janvier 2019 et du 14 septembre 2019), étaient également considérées comme incapacitantes en raison de signes de surcharge des articulations postérieures en C3-C4 et uncovertébrales en C5-C6. Le nanisme hypochondroplasique limitait la préhension des objets en raison d'un raccourcissement des doigts. Cette limitation était également mentionnée par le Prof. V. _____ dans son rapport d'expertise. La tendinose bilatérale des sus-épineux, la bursite sous-acromio-deltoïdienne bilatérale et l'arthropathie acromio-claviculaire, diagnostiquées par le Dr X. _____ dans les rapports du 12 janvier 2019 et 14 septembre 2019, étaient objectivées par l'échographie des épaules du 25 octobre 2018. Ces différentes pathologies étaient actuellement asymptomatiques (cf. examen des épaules). Elles ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles. A noter que les limitations en rapport avec l'atteinte de la colonne cervicale permettaient également de diminuer les contraintes mécaniques exercées sur les épaules. Le Dr X. _____ mentionnait un profil hyperlaxe. Le score de Beighton était toutefois très en dessous du seuil pour retenir un diagnostic de syndrome bénin d'hypermobilité articulaire. Les douleurs de la cheville gauche, que le recourant mettait en lien avec une entorse survenue il y a une dizaine d'années, étaient plus anciennes dès lors que le Prof. V. _____ les mentionnait dans son rapport d'expertise de 2005. Au vu de l'aisance qu'avait le recourant à marcher sur les talons et la pointe des pieds, à monter et descendre un étage d'escaliers, ces douleurs n'étaient pas incapacitantes. Le kyste du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire, décrit dans le rapport de l'IRM du 27 février 2013, était asymptomatique. Il n'était pas incapacitant. L'arthrose interphalangienne distale du majeur de la main gauche n'empêchait pas la préhension. Seule une pression exercée sur la nodosité dorsale provoquait des douleurs. Cette arthrose n'était pas incapacitante. Par rapport à l'expertise du Prof. V. _____, le

Dr D._____ relevait quelques changements du tableau clinique, avec la présence de pseudo-sciatalgies gauches, de cervico-scapulalgies.

Convenant de l'incapacité de travail dans l'activité de maraîcher indépendant exercée de 2007 à 2009 en raison des ports de charges et des postures debout prolongées, le Dr D._____ constatait que, malgré les douleurs, le recourant conservait des ressources physiques. Il n'était pas limité dans ses tâches ménagères, ce que confirmait le Dr X._____ dans son rapport du 14 septembre 2019. Pour quitter son domicile, il devait d'ailleurs descendre trois étages d'escaliers, il faisait ses commissions, restait hors du domicile pendant 1 à 2 heures et se déplaçait souvent à pied à Lausanne.

Au vu des ressources physiques conservées et de l'examen clinique rassurant, le Dr D._____ a estimé que le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée se déroulant principalement en position assise, avec possibilité de se lever par intermittence, sans port de charges au-delà de 10 kg et sans activité en hauteur.

c) Les pièces médicales produites, tant antérieurement que postérieurement à l'examen réalisé par le Dr D._____ ne font pas état d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé des conclusions du SMR.

aa) Avant l'examen clinique au SMR, le médecin traitant du recourant ne s'était pas prononcé de manière claire sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr X._____ a indiqué, par rapport du 12 janvier 2019, que son patient avait dépassé ses compétences physiques et ne pouvait pas retourner dans le domaine professionnel à un poste non adapté, surtout en cas d'exposition à des mouvements répétitifs et des charges. Appelé à se déterminer sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr X._____ a réaffirmé que l'activité de soudeur/ferrailleur n'était plus exigible et qu'une adaptation du poste de travail était nécessaire ; par contre, il ne

s'est pas prononcé sur le taux de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. rapport du 14 septembre 2019). Interpellé à nouveau sur cette question, le Dr X._____ a estimé la capacité de travail du recourant à 50 % dans une activité professionnelle offrant des alternances posturales sans port de charges, à un poste dit ergonomique prenant en compte son morphotype (cf. rapport du 23 octobre 2019), sans toutefois préciser les raisons qui justifieraient d'exclure une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

bb) Postérieurement audit examen, le recourant a produit un rapport du 6 mai 2020 du Dr M._____, évaluant sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % au maximum, tout en retenant les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr D._____. Il n'a pas critiqué l'appréciation médicale du Dr D._____ ni les diagnostics posés, ni avancé d'élément objectif dont il n'aurait pas ou mal été tenu compte. Son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée, à 50 % au maximum, sans motivation, ne permet pas de remettre en question l'évaluation du Dr D._____. Comme relevé dans la correspondance du 24 juillet 2020 de l'intimé, ce document reflète une appréciation différente d'un même état de fait quant à la capacité de travail. Par ailleurs, dans son rapport du 20 décembre 2004, le Dr M._____ avait estimé la capacité de travail du recourant à 50 % dans une activité adaptée. Cette appréciation avait été infirmée par l'expertise du Prof. V._____, laquelle avait donné lieu à la décision de refus de prestation du 13 juin 2008 et à la décision de refus d'entrée en matière du 8 septembre 2014, entrées en force. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

d) Ainsi, aucun avis médical probant, antérieur ou postérieur à l'examen clinique du SMR, ne vient mettre en doute, même faiblement, les constatations et conclusions du Dr D._____, qui emportent conviction. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'examen du SMR remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante entière. Dès lors, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

e) Enfin, il y a lieu de relever qu'il existe de nombreuses activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, dans lesquelles il pourra mettre en valeur sa capacité de travail, telles que celles que l'intimé a mentionné dans sa feuille de calcul du 19 février 2020.

7. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise sollicitée par le recourant (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2020), n'est pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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

b) 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 LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Hämmerli peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations communiquée le 16 février 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'100 francs, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmé.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de F._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Raphaël Hämmerli, conseil d'office de F._____, est arrêtée à 3'100 fr. (trois mille cent 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 de son 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 à :

- Me Raphaël Hämmerli (pour F. _____),
- 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 :