

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de quatre enfants, sans formation, a travaillé en tant que magasinier pour le compte de A._____ SA, à [...], entre le 30 octobre 1989 et le 30 avril 2000. Il a bénéficié d'indemnités de chômage du 1^{er} mai 2000 au 30 avril 2002.

Le 25 juillet 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) invoquant des lésions trachéobronchiques de type toxique existant depuis 1990.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 4 août 2000, l'intéressé percevait un salaire mensuel de 4'830 fr. payable treize fois l'an, depuis janvier 1999, pour un horaire hebdomadaire de travail de quarante-deux heures.

Dans un rapport médical du 4 août 2000, le Dr W._____, spécialiste en pédiatrie et médecin praticien, a posé les diagnostics de bronchopneumopathie récidivante, de rhinopharyngite à répétition et de nombreux épisodes de dermites topiques. Il a observé que le patient, qui avait été incapable de travailler à 100 % du 7 juin 1999 au 29 avril 2000, avait démontré une nette amélioration de sa symptomatologie après avoir quitté son ancienne place de travail, où il soupçonnait être en contact avec des noxes chimiques et des solvants organiques. Au moment du rapport, excepté un autre épisode de lombosciatalgie de janvier à mars 2000, l'intéressé ne présentait aucune contre-indication pour un autre poste de travail où il n'aurait pas été confronté à des produits chimiques volatils. Le Dr W._____ a par ailleurs produit un courrier qui lui avait été adressé le 5 juillet 1999 par le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie.

Dans une attestation médicale du 19 mai 2000, le Dr W. _____ a retenu que, pour des raisons de santé, l'intéressé devait éviter de porter des charges lourdes (problèmes à la colonne cervicale), ainsi que tout contact avec des solvants organiques volatils.

Le 24 avril 2001, l'OAI a indexé une copie de la décision sur opposition du 1^{er} février 2000 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), confirmant une décision du 30 novembre 1999 de l'agence de Lausanne. Elle y refusait d'allouer à l'intéressé des prestations d'assurance au titre d'une maladie professionnelle.

Dans un avis médical du 18 juin 2002, le Dr O._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé qu'en l'état du dossier, il n'y avait pas d'incapacité de travail de longue durée attestée médicalement et qu'une décision de refus devait être notifiée.

Par projet de décision du 20 juin 2002, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser sa demande de prestations, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, ni même d'incapacité de travail et de gain de longue durée. Il a estimé que l'intéressé était à même de retrouver un emploi dans un travail respectant ses limitations fonctionnelles (pas de contact avec des solvants et pas de port de charges lourdes).

Par courrier du 11 juillet 2002 de son conseil de l'époque, l'intéressé a contesté ce projet, faisant valoir qu'il souffrait de deux atteintes à la santé invalidantes, à savoir une réaction à divers produits dans les solvants et un problème récurrent au dos, en particulier sur les cervicales. Il a notamment requis que l'OAI complète son information médicale auprès de son médecin traitant et envisage des mesures de réadaptation.

Dans un rapport médical du 23 août 2002, le Dr W._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'incapacité de travail suite à une exposition professionnelle aux solvants organiques et autres noxes chimiques, manifestée par des rhinites chroniques et une hyperinflation pulmonaire dans les conditions d'un ancien pneumothorax à droite qui avait nécessité une symphyse pleurale, et de lombosciatique récidivante sur probable hernie discale L4-L5-S1

(depuis juin 1999). Il a observé une nette amélioration après l'arrêt par l'assuré de son ancien emploi, ainsi qu'une évolution positive de la discopathie, malgré le maintien de la contre-indication du port de charges lourdes. L'état de santé du patient était stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées. Le Dr W._____ a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée, sans contact avec des solvants ou toxes chimiques et sans port de lourdes charges, était exigible à plein temps.

Par décision du 14 octobre 2002, l'OAI a maintenu son projet de décision du 20 juin 2002.

Le 13 novembre 2002, l'intéressé, représenté par son conseil de l'époque, a interjeté recours à l'encontre de cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant principalement au renvoi de son dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et mise en œuvre de mesures de réadaptation. Il a notamment fait valoir que son état de santé s'était péjoré. Sa situation de maladie chronique et l'insécurité financière et professionnelle qui en découlait avait également atteint son psychisme. Dans le cadre de ce recours, l'assuré a notamment produit les documents suivants le 24 mars 2003 :

- un courrier du 18 février 2003 du Dr W._____, attestant d'un important syndrome algique de la colonne cervicale sur discopathie C5-C6 et une protrusion discale médiane (sans déficit neurologique secondaire) avec une fréquence de douleurs assez importante (une à deux fois par mois), d'une intervention chirurgicale en octobre 2002 pour des polypes de la corde vocale droite avec une suite post-opératoire sans particularité et de l'apparition d'un syndrome dépressif secondaire.
- un avis médical du 10 juillet 2003 dans lequel le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de « *troubles graves de l'adaptation, associés à un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité psychotique peu*

organisée pour parer à une vive angoisse de morcellement, à l'angoisse paranoïde et aux troubles de la pensée au moyen de quelques défenses d'allure opératoire, chez un homme peu scolarisé, à l'intelligence limite (trouble schizotypique), [l']intelligence [étant] sans doute affectée par la psychose (CIM-10 : F 43, F 45.4 et F 21) ». Le psychiatre a par ailleurs observé que le patient était limité dans sa capacité de travail comme magasinier non qualifié et que son vécu de morcellement et l'angoisse paranoïde qui ressortait de sa méfiance ne lui permettaient pas de tenir un poste, même si cela n'était pas évident à la simple observation clinique. Il a ajouté que le patient avait besoin d'être reconnu dans sa souffrance, mais que, à son avis, ce n'était pas pour autant qu'il pourrait retrouver sa capacité de travail. Il paraissait que le patient n'avait aucune conscience morbide, ni aucune accessibilité à un traitement autre qu'éventuellement médicamenteux.

- un courrier du 13 janvier 2004 du conseil du recourant informant le Tribunal des assurances qu'une tumeur au cerveau avait été diagnostiquée chez ce dernier et qu'il allait se faire opérer dix jours plus tard.

Pour sa part, l'OAI a préavisé le rejet du recours (réponse du 14 janvier 2003). Il a également considéré que les nouvelles informations sur l'état de santé de l'assuré n'invalidaient pas la décision attaquée mais ouvraient droit à un réexamen de son cas une fois le jugement rendu ou le recours retiré (détermination du 23 janvier 2004). L'OAI a par ailleurs produit un avis médical établi le 6 octobre 2003 par le Dr O._____, qui, après avoir examiné le rapport du Dr N._____, relevait que le psychiatre n'avait pas noté de grave trouble psychique dans son observation, ni de symptôme de dépression franche, et ne s'était pas prononcé clairement sur la capacité de travail de l'assuré alors qu'il doutait qu'il ait pu en retrouver une (duplique du 10 octobre 2003).

Par jugement du 30 janvier 2004 dans la cause AI 428/02 - 120/2004, le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assuré, maintenu la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il

procède au réexamen du cas. En substance, il a retenu en se fondant sur les rapports du Dr W._____ relatifs à l'état de santé de l'intéressé antérieurement à la décision de l'OAI, que celui-ci présentait depuis le 30 avril 2000 une capacité de travail à 100 % dans une activité sans contact avec des produits solvants et sans port de charges lourdes. Il a ensuite procédé à l'évaluation de l'invalidité en comparant les revenus sans et avec invalidité. Il en résultait une diminution de la capacité de gain de 18 %, ce qui excluait tout droit à une rente. Il a par ailleurs estimé que, vu l'aggravation vraisemblable de l'état de santé de l'assuré depuis la prise de la décision litigieuse, l'intimé aurait en tout état de cause dû réexaminer le cas. Dans ces conditions, afin qu'une solution à long terme soit trouvée, il se justifiait de ne pas statuer sur les mesures de réadaptation qui auraient éventuellement pu être octroyées à l'intéressé.

B. Dans un rapport médical du 27 septembre 2004, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic n'affectant pas la capacité de travail d'état après excision d'un méningiome OMS Grade I frontal gauche le 21 juin 2004. Sur le plan neurologique, U._____ était apte à exercer une activité de magasinier ou apparentée.

Dans un rapport médical du 29 octobre 2004, le Dr W._____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de status post craniectomie pour méningiome fronto-pariétal gauche (le 21 juin 2004), de status dépressif mixte d'origine ambiante et organique, de reflux gastro-œsophagien et de status post exérèse de polypes cordes vocales à droite (en 2002). Il a également mentionné les diagnostics n'affectant pas la capacité de travail de pneumothorax spontané et de prurit pharyngé et laryngé sans origine décelable (en 1990). Le praticien a observé que l'assuré avait une phobie de tous les produits chimiques, qui, selon lui, produisaient des intoxications. Il a ajouté que ce dernier souffrait d'importants maux de tête suite à la lésion crânienne, de douleurs (colonne cervicale, tiers supérieur hémithorax droit, plexus brachial droit, colonne lombaire sur lombalgies et sciatique, derrière le sternum) et de problèmes ORL (difficultés à la déglutition, suspicion de reflux gastro-œsophagien, problèmes des cordes vocales et polypes enlevés) et de

baisse de l'acuité visuelle à l'œil gauche ayant imposé le port de lunettes. L'activité habituelle n'était pas exigible ; une autre activité non plus à ce moment-là. Le Dr W._____ a produit divers rapports médicaux qui lui avaient été adressés entre le 13 mars 2003 et le 22 octobre 2004 par les spécialistes ayant examiné l'assuré.

Une expertise médicale a été mise en œuvre auprès du Centre d'observation médicale de l'AI de Genolier (ci-après : COMAI).

Les Drs T._____, spécialiste en neurologie, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont fait part de leurs conclusions dans un rapport indexé le 2 août 2005 par l'OAI. Après avoir résumé les données objectives du dossier et les données subjectives du patient sur le plan somatique et psychique, ils ont notamment rapporté les résultats des examens neurologique et psychiatrique. Ils ont en outre observé ce qui suit :

"Discussion

Sur le plan somatique, on rappellera que Monsieur U._____ se plaint de longue date de troubles respiratoires pour lesquels de nombreuses investigations ont été pratiquées par le Dr E._____, l'institut de [...], la Dr[e]sse F._____, la Dr[e]sse C._____. Finalement, aucune atteinte somatique majeure n'a été mise en évidence et les hypothèses d'une atteinte toxique et allergique ont pu être éliminées.

Les douleurs thoraciques médianes n'ont également pas trouvé d'explication claire aux examens somatiques.

S'agissant des rachialgies cervico-dorso-lombaires, l'examen clinique de même que les radiographies standards de la colonne lombosacrée n'apportent pas d'explication claire à cette composante de la symptomatologie déjà investiguée par le Dr L._____.

Pour ce qui est des maux de tête, la notion de céphalées fronto-pariétales gauches ainsi que la mise en évidence d'un méningiome frontal gauche ont fait attribuer initialement cette composante de la symptomatologie à l'expression du méningiome. Néanmoins, alors que ce méningiome a été extirpé, la symptomatologie, loin de régresser, s'est aggravée pour devenir une céphalée diffuse sans caractère bien spécifique correspondant à des céphalées tensionnelles.

Sur la base de l'ensemble des éléments mentionnés plus haut, il n'y a donc actuellement pas d'explication somatique évidente aux

plaintes multiples formulées par Monsieur U. _____ qui paraissent correspondre en premier lieu à une forme de syndrome somatoforme douloureux comme l'a évoqué en son temps le psychiatre traitant le Dr N. _____.

Sur le plan somatique, en l'absence de pathologie significative justifiant une réduction de la capacité de travail, nous ne retenons pas d'incapacité de travail.

Sur le plan psychique, actuellement Monsieur U. _____ ne présente pas d'épisode dépressif, de trouble anxieux majeur, de phobie, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique ou une psychose. La personnalité ne met pas en évidence de trouble grave, susceptible d'interférer avec une activité professionnelle. Une certaine rigidité de la pensée, des capacités de mentalisation limitées, avec un raccrochement au concret représente le fonctionnement psychique de l'expertisé. La personnalité est actuellement compensée et par ailleurs, Monsieur U. _____ maintient des contacts sociaux élargis tant avec sa famille qu'avec des amis, rencontre volontiers d'autres personnes et accompagne régulièrement ses fils à leurs entraînements sportifs. En outre, l'expertisé nous signale avoir aidé son épouse dans sa charge de conciergerie jusqu'à l'été passé, époque du licenciement de Madame.

Au vu de ce qui précède, de l'absence de toute pathologie psychiatrique significative, la capacité de travail peut être considérée comme entière.

Les experts ont ensuite posé les diagnostics suivants :

"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

**4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?**

**4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?**

Sur le plan somatique, troubles multiples sans substrat somatique évident évoquant une forme de syndrome somatoforme douloureux.

Sur le plan psychique, pas de diagnostic. Personnalité compensée."

Les experts n'ont en outre relevé aucune limitation qualitative et quantitative sur le plan physique (au vu de l'absence de troubles somatiques majeurs justifiant une incapacité de travail), sur le plan psychique et mental (au vu de l'absence de trouble psychique) et sur le plan social (la sociabilité étant totalement conservée). Sur le plan

somatique et psychique, l'activité exercée jusqu'alors était exigible à 100 %, soit 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Il n'y avait aucune incapacité de travail jusqu'au jour de l'expertise sur le plan somatique et psychique.

Dans un rapport d'examen SMR du 2 novembre 2005, la Dresse K._____, médecin-chef au SMR, a retenu, après avoir pris connaissance de l'expertise du COMAI, que la capacité de travail exigible était à considérer comme totale dans l'activité antérieure de magasinier tant au plan physique que psychique, sans baisse de rendement.

Par décision du 16 novembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, en se fondant notamment sur l'expertise pluridisciplinaire reçue le 2 août 2005, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens du droit applicable.

Par courrier du 15 décembre 2005, l'assuré, représenté par son conseil de l'époque, s'est opposé à la décision précitée. En substance, il a fait valoir que, sur le plan somatique, les céphalées persistantes, les acouphènes bilatéraux, les douleurs cervicales et lombaires ainsi que les problèmes respiratoires, qui faisaient l'objet de traitements médicaux permanents, ne pouvaient pas être ignorés, dans la mesure où les inconvénients qui en découlaient portaient atteinte à sa capacité de travail. Il a considéré en outre que, sur le plan psychique, il y avait des contradictions manifestes entre les conclusions du Dr N._____ et celles de la Dresse M._____. L'intéressé a par ailleurs allégué avoir repris son traitement auprès du Dr N._____ et qu'il avait été décidé, suite à un concilium de son psychiatre et du Dr W._____, de l'envoyer pour une évaluation pluridisciplinaire à l'Unité [...] et Centre [...] de l'Hôpital [...] (ci-après : S._____) en janvier 2006. Dans ce contexte, il a demandé une suspension de la procédure sur opposition jusqu'à réception du rapport de ce centre.

Par courrier du 13 mars 2007, l'assuré a notamment produit les documents suivants :

- un courrier adressé le 14 août 2006 à son conseil par le Dr X._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, relevant que le patient se plaignait d'acouphènes depuis 2001 - qui étaient considérés comme stables depuis leur apparition - et que différents examens n'avaient pas permis de mettre en évidence leur origine. Les examens audiométriques effectués depuis 2001 jusqu'à ce jour étaient superposables avec une audition dans les limites de la norme.
- une évaluation ergothérapeutique du 22 novembre 2006 du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier Y._____ relevant ce qui suit :

"On a donc pu observer que les difficultés de l'intéressé pouvaient diminu[er] fortement ses capacités pratiques au niveau des sphères de l'activité et de la cognition en général. Ses souffrances physiques et morales l[e] handicapent fortement dans ses actions mentales et praxiques. Cependant, son léger fléchissement des fonctions exécutives et sa symptomatologie somatoforme, ne permettent pas à elles seules de classer M. U._____ dans une incapacité de travail totale. [...] Concrètement, ses souffrances physiques l'empêchent d'évoluer dans un cadre de travail trop exigeant comme un travail physique avec port de charge ou postures éprouvantes, ou un travail avec une station assise ou debout prolongée ou encore avec un besoin de rentabilité et d'efficacité important. Ses souffrances morales, les plus importantes à notre avis, sont quant à elles sérieusement invalidantes et peuvent difficilement bénéficier d'adaptation d'un poste de travail comme pour ces souffrances physiques. Il nous semble donc important de **répondre en partie favorablement à la demande d'incapacité partielle de travail** pour ce patient.

[...] il pourrait fréquenter les ateliers protégés (comme la menuiserie) à 50 % par exemple, comme activité de réhabilitation et de réinsertion provisoire, avec un cadre de travail adapté."

Dans un rapport médical pour l'AI du 30 juillet 2007, le Dr N._____ a retenu ce qui suit :

"Tenant compte de la persistance de la symptomatologie dépressive, je retiens actuellement pour ce patient le diagnostic de « *dysthymie* », en raison de l'abaissement chronique de son humeur, persistant depuis que j'ai connu ce patient en 2003 et qui parfois s'est manifesté avec une sévérité plus importante, caractérisant des épisodes dépressifs d'intensité entre légère et moyenne, ce qui

permet d'évoquer chez M. A. U. _____ le diagnostic différentiel de trouble dépressif récurrent. (CIM-10 : F 34.1, F 33).

La structure de la personnalité de ce patient reste, à mon avis, caractérisé par un fonctionnement psychotique, si on tient compte des blocages entretenus par sa vive angoisse de morcellement et par des traits paranoïdes, aggravés par le fait que son intelligence est une intelligence limite, certainement affectée aussi par la chronicité de la pathologie psychiatrique.

Il me paraît donc approprié de considérer l'ensemble de cette évolution clinique comme correspondant à un trouble de type schizotypique (F 21), de par le fait que le rapport à autrui ne peut pas être investi, que ce patient est bloqué dans une situation de retrait social, de repli sur soi-même, d'immobilisme et d'apragmatisme, de honte et de souffrance dépressive, sans possibilité pour lui de concevoir des issues."

Le Dr N. _____ a par ailleurs relevé que le pronostic quant à une éventuelle reprise d'une activité de travail dans le marché économique normal lui paraissait impossible en l'état actuel des choses et qu'il s'imposait, à son avis, que le patient soit examiné par le SMR, pour une appréciation clinique, autre que celle des médecins traitants. Il a ajouté que, d'un point de vue psychiatrique, il considérait la capacité de travail dans l'activité habituelle exigible à 50 %, fondamentalement pour tenir compte de la difficulté du patient à adhérer aux propositions thérapeutiques qui lui avaient été faites, étant précisé que le patient se disait incapable de travailler à 100 %. La question d'une activité adaptée lui paraissait caduque, en raison du blocage psychique dans lequel se trouvait le patient et de l'impossibilité qu'il manifestait à accepter une prise en charge médico-psychiatrique ambulatoire régulière et un suivi réadaptatif dans des ateliers protégés appropriés.

Dans un avis médical du 3 octobre 2007 les Drs D. _____ et V. _____, médecins au SMR, ont retenu que la reprise d'un traitement psychiatrique auprès du Dr N. _____ ne constituait pas un fait nouveau, une aggravation de l'état de santé ou un risque imminent d'invalidation. De même, le fait d'avoir adressé l'intéressé pour une évaluation pluridisciplinaire à S. _____ ne constituait pas une atteinte nouvelle à la santé ni une aggravation d'un trouble préexistant. Ils ont encore ajouté que le Dr X. _____ considérait comme stables depuis 2001 les acouphènes dont se plaignait l'assuré, que l'évaluation ergothérapeutique

du 22 novembre 2006 ne mettait en évidence aucune nouvelle atteinte à la santé non discutée dans l'expertise COMAI 2005 et que dite expertise avait été réalisée durant une période où le Dr N._____ estimait l'incapacité de travail totale. En conclusion, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis la décision AI du 16 novembre 2005, la différence entre les estimations de la capacité de travail s'expliquant par l'appréciation différente d'une situation clinique identique.

Par décision sur opposition du 19 février 2008, l'OAI a rejeté l'opposition précitée, faute d'aggravation objective de l'état de santé de l'intéressé postérieurement à l'expertise COMAI, dont les conclusions n'avaient pas été remises en cause par les différentes pièces produites.

C. Le 5 juillet 2012, U._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il a allégué être incapable de travailler à 100 % depuis le 6 juin 1999 et consulter le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, pour des douleurs brutales à la tête. Dans un complément apporté le 3 août 2012 à sa demande de prestations AI, l'assuré a indiqué souffrir de violents maux de tête et de douleurs dorsales insupportables.

Par projet de décision du 17 décembre 2012, l'OAI a informé l'intéressé de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de l'état de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Dans une attestation médicale du 16 janvier 2013, le Dr J._____ a relevé que l'assuré souffrait depuis quinze ans de lombosciatalgie chronique sur troubles dégénératifs et discopathies L1-S1 étagées et qu'il avait été opéré en 2004 pour exérèse d'un méningiome OMS grade I. Suite à cette opération, une douleur cicatricielle difficile à expliquer était apparue, mais une IRM avait permis d'exclure une récurrence de méningiome. Le traitement par antidouleur (neurotin) restait inefficace et le patient devait donc être opéré le 25 janvier 2013. Le praticien a

encore rapporté que l'intéressé avait été opéré par arthroscopie d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite et qu'il présentait un état dépressif chronique avec troubles psychologiques. En conclusion, il a retenu une incapacité de travail totale, étant précisé que le pronostic pour l'avenir semblait défavorable puisque les douleurs persistaient.

Dans un rapport médical du 19 mars 2013, le Dr J. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie chronique sur troubles dégénératifs et discopathies étagées L1-S1, de status après exérèse d'un méningiome OMS grade I en 2004 au Centre hospitalier Y. _____, de status post opération de l'épaule droite par arthroscopie pour lésion tendineuse en décembre 2012 et de status après opération pour une cicatrice douloureuse crâne gauche le 27 janvier 2013. Il a observé que le patient se plaignait toujours de douleurs fronto-pariétales à gauche sous forme de décharges électriques, malgré l'exérèse du neurome frontal à gauche, ainsi que de douleurs limitations de l'épaule droite. Le Dr J. _____ a par ailleurs répété la substance de son attestation médicale précitée du 16 janvier 2013 à titre d'anamnèse. Il a retenu que l'intéressé était totalement incapable de travailler depuis 2006 dans toute activité et qu'il n'y avait aucune solution pour reprendre le travail.

Dans un rapport médical du 29 avril 2013, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux droit avec ténodèse du long chef du biceps le 19 décembre 2012 et de capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule droite. Le chirurgien a retenu que le patient était totalement incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 19 décembre 2012. Cela dit, en évitant les travaux lourds (2-5 kg maximum), les mouvements répétitifs de l'épaule droite ainsi que les mouvements au-dessus du buste, il était théoriquement 100 % apte au travail.

Le 4 juin 2013, l'OAI a notamment indexé un courrier adressé le 27 février 2013 au Dr W. _____ par le Dr Q. _____, spécialiste en neurochirurgie, faisant suite à un contrôle à un mois d'une exérèse d'un neurome réalisée le 1^{er} février 2013. Le neurochirurgien a observé que la procédure s'était déroulée sans complication et que le patient signalait une amélioration de la symptomatologie douloureuse et était autorisé à regagner son domicile le jour même. Il a répété que la douleur était en amélioration.

Dans un avis médical du 2 juillet 2013, les Drs I. _____ et V. _____, médecins au SMR, ont retenu, en se référant au rapport médical du Dr Z. _____ du 29 avril 2013, une incapacité de travail totale à compter du 19 décembre 2012 et une capacité de travail entière dès le 29 avril 2013 dans une activité adaptée, sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste. Ils ont en outre relevé que l'assuré avait été opéré avec succès d'un neurome frontal pendant son arrêt de travail, ce qui n'aurait en aucun cas pu entraver l'exercice d'une activité adaptée dès avril 2013.

Par communication du 2 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies. Le droit à d'éventuelles autres prestations serait encore examiné.

Dans un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère) du 6 septembre 2013, l'assuré a indiqué que, sans atteinte à la santé, il aurait travaillé à plein temps comme magasinier livreur pour des raisons personnelles et financières.

Convoqué dans les bureaux de l'OAI pour une orientation professionnelle le 22 janvier 2014, l'assuré a soutenu par courrier du 13 janvier 2014 que son état de santé physique et mental ne lui permettait d'effectuer aucune orientation professionnelle.

Dans un rapport final REA du 11 août 2015, une psychologue de l'OAI a relevé que, vu sa capacité de travail entière dans une activité

adaptée depuis le 29 avril 2013, l'assuré pouvait exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple, le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ou opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres). Pour déterminer le revenu sans invalidité, elle s'est fondée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2012 (niveau de compétence 1 [le niveau 4 était indiqué par erreur]) dans la mesure où l'assuré n'avait plus exercé d'activité depuis 2003 pour des raisons autres qu'une atteinte à la santé et que jusque-là ses activités professionnelles étaient variées (concierge, maçon, magasinier). Sur cette base, il pouvait réaliser un revenu mensuel brut de 5'210 fr., treizième salaire compris, pour 40 heures de travail hebdomadaires. Après ajustement afin de tenir compte de la durée hebdomadaire moyenne usuelle de travail dans les entreprises suisses en 2013 (41.7 heures) et de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+0.70 %), le revenu annuel brut sans invalidité s'élevait à 65'633 fr. 34 en 2013. Le revenu d'invalidité selon l'ESS, après déduction d'un abattement de 10 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, était de à 59'070 fr. 01. Le préjudice économique résultant d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité se montait à 6'563 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 10 %.

Par projet de décision du 4 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestation. En substance, il a retenu que ce dernier présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 19 décembre 2012. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 19 décembre 2013, il avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (éviter les travaux lourds, les mouvements répétitifs de l'épaule droite et les mouvements au-dessus du buste), étant précisé que cette pleine capacité de travail durait depuis le 29 avril 2013. L'OAI a ensuite comparé le revenu sans invalidité auquel l'assuré aurait pu prétendre selon l'ESS (65'633 fr. 34) au revenu avec invalidité compte tenu d'un abattement de 10 % (59'070 fr. 01), ce qui correspondait à une perte de gain de 6'563 fr. 33 et donc à un degré d'invalidité de 10 %. Ce degré d'invalidité ne donnait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures de reclassement, un degré d'invalidité de minimum 40 %, respectivement 20 %, étant nécessaire.

Par communication du 12 novembre 2015, l'OAI a informé l'intéressé que les conditions du droit au placement étaient remplies. Il l'a convoqué par courrier du 25 novembre 2015 à un entretien le 17 décembre 2015.

Le 17 décembre 2015, l'assuré, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : CAP), a contesté le « *refus d'entrer en matière sur sa demande* ». En substance, il a fait valoir que l'OAI se fondait sur des renseignements médicaux anciens, les plus récents ayant été établis pratiquement trois ans plus tôt, alors que son état de santé avait évolué. Il a donc demandé une reprise de l'instruction du dossier. L'assuré a produit les documents suivants à l'appui de son propos :

- un rapport médical du 11 décembre 2015 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, certifiant qu'il suivait l'assuré depuis avril 2014 et qu'il s'agissait d'une situation clinique caractérisée par un état dépressif d'intensité sévère. Il a observé que l'assuré relatait un

état dépressif en rapport avec la perte de son travail et l'apparition de douleurs somatiques et décrivait dès lors une détérioration progressive de son état physique. Malgré la prise en charge et un traitement antidépresseur, il n'y avait pas d'amélioration significative.

- un certificat médical du 11 décembre 2015, dans lequel le Dr Z._____ a certifié que l'assuré était suivi à sa consultation pour un status post réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps le 19 décembre 2012, un status post capsulite rétractile de l'épaule droite post-opératoire, de récupération complète, et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le patient gardait des séquelles à l'épaule droite, liées à une tendinopathie du supra-épineux et était incapable d'effectuer une tâche avec effort (max 2-5 kg), ou de mobiliser de manière répétitive son épaule au-dessus du buste.

Par courrier du 23 décembre 2015, l'OAI a relevé que l'assuré ne s'était pas présenté à la convocation du 17 décembre 2015, sans donner de nouvelles. Il a également accusé réception de la contestation précitée. L'office a estimé que, dans ce contexte, il apparaissait clairement qu'une aide au placement n'était pas à l'ordre du jour et a mis fin à ce mandat.

Dans un avis médical du 5 janvier 2016, les Drs P._____ et H._____, médecins au SMR, ont résumé le cas de l'assuré, avant de retenir qu'au terme de l'instruction médicale de la nouvelle demande de prestations AI, il a été admis une incapacité totale de travailler à partir du 19 décembre 2012 et une capacité de travail exigible à 100 % dans une activité adaptée dès le 29 avril 2013. Ils ont par ailleurs pris position comme suit sur les certificats médicaux produits par l'assuré à l'appui de sa contestation :

"[...] 1/ Certificat médical du Dr Z._____, chirurgien orthopédiste du 11.12.2015 : [...] Les diagnostics et les limitations fonctionnelles sont exactement les mêmes que ce qui figure dans le RM cité ci-dessus (29.03.2013) et qui ont dicté la définition d'activités professionnelles adaptées proposées à l'assuré. Donc, au plan ostéo-

articulaire/orthopédique il n'y a aucune modification de la situation qui contredirait la décision du 12.11.2015.

2/ Rapport médical du Dr R. _____, psychiatre, du 11.12.2015 : [...] Ledit rapport ne comprend aucun status clinique [...]. Ce bref écrit n'apporte aucun argument clinique anamnestique et au niveau du status clinique ni aucun argument pharmacothérapeutique permettant d'attester le diagnostic retenu. Il n'a donc pas de valeur probante. Rappelons que lors de l'expertise au COMAI de Genolier (02.08.2005), l'examen psychiatrique n'avait pas mis de psychopathologie incapacitante en évidence. Pour rappel l'avis médical du 06.10.2013 relevait que l'avis du Dr N. _____ - qui avait momentanément suivi l'assuré et auquel le Dr R. _____ fait référence - était basé surtout sur des tests psychologiques qui auraient mis en évidence des troubles qualifiés de psychotiques ainsi qu'une intelligence à la limite inférieure de la norme, toutefois sans mise en évidence de grave trouble psychique ni symptôme de dépression franche.

En conclusion :

1. La situation somatique orthopédique est inchangée.
2. La problématique psychiatrique alléguée et réputée incapacitante n'est pas prouvée par le Rapport psychiatrique du 11.12.2015[.]
3. Par conséquent, la position de l'Office AI n'a pas à être modifiée."

Par décision du 18 janvier 2016, identique à son projet de décision du 4 novembre 2015, l'OAI a refusé toute mesure de reclassement et rente d'invalidité à l'assuré.

D. Par acte du 22 février 2016, U. _____, représenté par CAP, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant au renvoi de son dossier auprès de l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il a fait valoir que l'intimé avait fait preuve de légèreté pour « balayer » sa demande de prestations et refuser d'entrer en matière. Il a en outre soutenu qu'il était arbitraire de considérer que le rapport médical du Dr R. _____ n'avait aucune valeur probante, avoir de préciser que, *« même s'il n'[était] pas complet, il [était] totalement erroné d'affirmer que l'appréciation faite par le Dr R. _____ de l'état de santé du recourant ne refl[était] pas la réalité »*. Le recourant a encore considéré que l'OAI ne

pouvait simplement écarter le rapport du Dr R._____ sans investiguer plus avant si l'appréciation de ce dernier était fondée ou non.

Dans sa réponse du 19 avril 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Reprenant les motifs exposés par les médecins du SMR dans leur avis médical du 5 janvier 2016, il a estimé que la problématique psychiatrique alléguée et réputée incapacitante n'était pas prouvée dans le rapport psychiatrique du 11 décembre 2015. De plus amples investigations médicales n'étaient dès lors pas indiquées.

Par réplique du 11 mai 2016, le recourant a maintenu sa position. Il a soutenu que les Drs J._____ et R._____ attestaient d'un état dépressif chronique d'intensité sévère, ce qui démontrait à tout le moins l'existence de troubles psychiques. Il était par conséquent nécessaire de vérifier si ce trouble dépressif était cliniquement avéré par le biais d'une expertise, ce d'autant plus qu'aucune mesure d'instruction n'avait été prise par l'intimé entre juillet 2013 et octobre 2015.

Dans sa duplique du 31 mai 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 1a ; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 5 juillet 2012, complétée le 3 août 2012.

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 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

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 s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée,

que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent 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), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_830/2016 du 3 mars 2017 consid. 5.4 et 9C_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.1).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce

que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer 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 ; TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). 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 ; TF 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner 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 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, 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 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 et 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une

invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence citée).

6. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 juillet 2012 et complétée le 3 août 2012 par le recourant, qu'il a rejetée par décision du 18 janvier 2016. Il s'agit dès lors de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit la décision sur opposition du 19 février 2008 - et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de la précédente procédure AI, l'intimé s'est essentiellement fondé sur l'expertise COMAI indexée le 2 août 2005 qui a posé, sur le plan somatique, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles multiples sans substrat somatique évident évoquant une forme de syndrome somatoforme douloureux et a retenu que, tant sur le plan somatique que psychique, l'activité de magasinier exercée jusqu'alors par le recourant était exigible à 100 %, sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de diagnostic, la personnalité étant

compensée. L'expert T._____ a observé, sur le plan somatique, qu'aucune atteinte somatique majeure n'avait permis de confirmer les troubles respiratoires dont se plaignait l'intéressé de longue date, malgré de nombreuses investigations, que les douleurs thoraciques médianes et les rachialgies cervico-dorso-lombaires n'avaient pas trouvé d'explication claire aux examens somatiques et que les céphalées correspondaient à des céphalées tensionnelles après que le méningiome a été extirpé. Il n'y avait donc pas d'explication somatique évidente aux plaintes multiples formulées par l'intéressé qui paraissaient correspondre en premier lieu à une forme de syndrome somatoforme douloureux. En l'absence de pathologie significative justifiant une réduction de la capacité de travail, le Dr T._____ n'a pas retenu d'incapacité de travail. Sur le plan psychique, l'experte M._____ a observé que l'intéressé ne présentait pas d'épisode dépressif, de trouble anxieux majeur, de phobie, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique ou de psychose. La personnalité ne mettait pas en évidence de trouble grave, susceptible d'interférer avec une activité professionnelle et était compensée. L'assuré maintenait des contacts sociaux élargis. En l'absence de toute pathologie psychiatrique significative, la Dresse M._____ a retenu que la capacité de travail pouvait être considérée comme entière.

Sur la base de ces avis, suivis par les Drs K._____, V._____ et D._____ du SMR, l'intimé a retenu dans sa décision sur opposition du 19 février 2008, que la capacité de travail du recourant était totale dans l'activité antérieure de magasinier, tant au plan physique que psychique, sans baisse de rendement.

b) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de la décision litigieuse, l'intimé s'est fondé sur l'appréciation des Drs I._____ et V._____, respectivement P._____ et H._____, du SMR, qui faisaient suite aux avis des Drs J._____, Q._____, Z._____, et R._____.

aa) Sur le plan somatique, les Drs I._____ et V._____ ont retenu que l'intéressé avait été opéré en décembre 2012 d'une lésion de

la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il était totalement incapable de travailler depuis le 19 décembre 2012 mais présentait, dès le 29 avril 2013, une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste (avis médical du 2 juillet 2013).

Ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier.

Le Dr J. _____ a certes estimé les 16 janvier 2013 et 19 mars 2013 que l'intéressé était totalement incapable de travailler depuis 2006 dans toute activité et qu'il n'y avait aucune solution pour reprendre le travail. Dans ce cadre, il a posé les diagnostics de lombosciatalgie chronique sur troubles dégénératifs et discopathies L1-S1 étagées, de status après exérèse d'un méningiome OMS grade I en 2004, de status post opération de l'épaule droite par arthroscopie pour lésion tendineuse en décembre 2012 et de status après opération pour une cicatrice douloureuse crâne gauche le 27 janvier 2013. Il a également fait état de douleurs fronto-pariétales à gauche sous forme de décharges électriques, malgré l'exérèse du neurome frontal à gauche, ainsi que de douleurs limitations de l'épaule droite. Le Dr J. _____ s'est toutefois contenté d'énumérer les diagnostics et de rapporter les plaintes de son patient, sans objectiver son propos d'un point de vue clinique. Par ailleurs, la Cour de céans note que la lombosciatalgie chronique sur troubles dégénératifs et discopathies étagées L1-S1, qui durait du propre aveu du Dr J. _____ depuis quinze ans (attestation du 16 janvier 2013), n'était pas nouvelle et avait été jugée non invalidante par le passé. L'expert T. _____ avait effectivement déjà exclu en 2005 tout effet sur la capacité de travail des rachialgies cervico-dorso-lombaires dont se plaignait l'intéressé, dans la mesure où elles n'avaient trouvé d'explication claire ni à l'examen clinique ni sur les radiographies. Dans ce contexte, faute d'élément médical nouveau, l'appréciation du Dr J. _____ n'apparaît pas convaincante. L'avis de ce médecin est de surcroît nuancé par celui des spécialistes ayant pris en charge le recourant, s'agissant des douleurs fronto-pariétales et de l'effet sur sa capacité de travail des limitations de l'épaule

droite. En effet, lors d'un contrôle à un mois de l'exérèse d'un neurome réalisée le 1^{er} février 2013, le neurologue Q._____ a observé que le recourant signalait une amélioration de la symptomatologie douloureuse suite à la procédure qui s'était déroulée sans complication, insistant sur le fait que la douleur était en amélioration (courrier du 27 février 2013). En outre, si l'orthopédiste Z._____ a confirmé des limitations dans l'épaule droite, il a expressément retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport médical du 29 avril 2013 et certificat du 11 décembre 2015). Au vu de ce qui précède, les éléments mis en avant par le Dr J._____ ne justifient pas de s'écarter des conclusions des Drs I._____ et V._____.

Le Dr Q._____, qui comme mentionné plus haut, a retenu que l'intéressé signalait une amélioration de la symptomatologie douloureuse suite à l'exérèse d'un neurome qui s'était déroulée sans complication le 1^{er} février 2013 (courrier du 27 février 2013), ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant.

Finalement, il apparaît que les conclusions du Dr Z._____ - il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux droit avec ténodèse du long chef du biceps le 19 décembre 2012 et de capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule droite et a retenu que l'intéressé était totalement incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 19 décembre 2012 mais que, en évitant les travaux lourds (2-5 kg maximum), les mouvements répétitifs de l'épaule droite ainsi que les mouvements au-dessus du buste, il était théoriquement 100 % apte au travail - ont été suivies par les Drs I._____ et V._____ pour déterminer la capacité de travail exigible du recourant et ses limitations fonctionnelles. On les retrouve telles quelles dans la décision litigieuse. Le certificat médical du 11 décembre 2015 de ce spécialiste n'y a rien changé. En effet, bien que ses diagnostics soient légèrement différents (status post réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps le 19 décembre 2012, status post capsulite rétractile de l'épaule droite post-opératoire, de récupération complète, et tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche),

les limitations fonctionnelles retenues, à savoir une incapacité du recourant d'effectuer une tâche avec effort (max 2-5 kg), ou de mobiliser de manière répétitive son épaule au-dessus du buste, restent inchangées et sont en phase avec celles retenues dans la décision litigieuse.

Ainsi, sur le plan somatique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions des Drs I._____ et V._____, confirmées par les Drs P._____ et H._____ du SMR dans leur avis médical du 5 janvier 2016. Celles-ci n'ont au demeurant pas été contestées par le recourant. Par ailleurs, l'appréciation de ces médecins est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par les médecins du SMR. Dans ce contexte, il convient de retenir que, depuis le 29 avril 2013, le recourant est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste.

bb) Sur le plan psychique, les Drs P._____ et H._____ n'ont retenu aucune problématique incapacitante chez le recourant (avis médical du 5 janvier 2016).

La Cour constate à cet égard que rien dans les renseignements médicaux recueillis à la suite de la nouvelle demande de prestations AI ne vient étayer la thèse d'une modification importante de la situation de l'intéressé sur le plan psychique qui aurait un impact sur sa capacité de travail.

Le Dr R._____ a signalé un état dépressif d'intensité sévère dans son rapport médical du 11 décembre 2015. Ce document de quelques lignes, sans status clinique ni anamnèse, n'est toutefois absolument pas étayé. Il ne se prononce pas non plus explicitement sur la capacité de travail du recourant, seul véritable point décisif dans le cadre de l'examen d'un éventuel droit du recourant à des prestations d'invalidité. L'intéressé a d'ailleurs reconnu dans son recours que le rapport du psychiatre n'était pas complet. De surcroît, il apparaît que le Dr R._____ a semblé lier l'état dépressif de son patient à la perte de son travail et à l'apparition des douleurs somatiques. A le suivre, ses troubles remonteraient donc aux alentours de l'année 2000 (le contrat de travail de l'intéressé avec A._____ SA a pris fin le 30 avril 2000 et les premiers problèmes somatiques, à savoir lombosciatique récidivante sur probable hernie discale, sont apparus plus ou moins à la même période [rapport médical du 19 mars 2013 du Dr J._____]). Or, en 2005, dans un rapport d'expertise COMAI fouillé, la Dresse M._____ avait expressément exclu toute pathologie psychiatrique significative récidivante, et en particulier tout un épisode dépressif. On ne voit dès lors pas pour quelle raison il faudrait faire prévaloir l'avis laconique du Dr R._____ sur les autres appréciations nettement mieux explicitées figurant au dossier.

La Cour relèvera encore que le Dr J._____ s'est contenté de mentionner un état dépressif chronique avec troubles psychologiques, sans toutefois classer cette pathologie parmi les diagnostics ayant un effet

sur la capacité de travail (attestation médicale du 16 janvier 2013 et rapport médical du 19 mars 2013).

Enfin, le requérant n'a mentionné aucune pathologie psychique dans sa nouvelle demande de prestations AI en 2012.

Il s'ensuit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne peut considérer comme suffisamment établie l'existence de troubles psychiques diminuant la capacité de travail du recourant à l'époque de la décision litigieuse, notamment sous la forme d'un état dépressif d'intensité sévère. Dans ce contexte, la Cour de céans se doit de retenir que le recourant ne présentait aucune atteinte psychique invalidante à ce moment-là. La position de l'intimé - qui n'a retenu aucune dégradation notable de l'état de santé du recourant entre la décision sur opposition de refus de prestations du 19 février 2008 et la décision litigieuse du 18 janvier 2016 sur le plan psychique - n'est donc pas critiquable.

La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique comme le demande le recourant n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_326/2015 du 20 janvier 2016 consid. 4.2.2 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

c) En conclusion, force est de constater que l'état de santé du recourant s'est aggravé sur le plan somatique puisqu'au moment de la décision litigieuse, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de magasinier et entière dans une activité adaptée (sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste) en raison d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite.

Il convient dès lors d'examiner si cette atteinte à la santé et son effet sur la capacité de travail a pour conséquence une perte de gain lui ouvrant un droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). En présence de circonstances particulières, en particulier lorsque l'assuré a cessé son activité depuis plusieurs années, il est possible de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (TFA I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1).

c) Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas

repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

d) Afin de calculer la perte de gain subie par le recourant dans le cas d'espèce, l'intimé a procédé à une approche théorique en application de la méthode générale de comparaison des revenus. La détermination des revenus avec et sans invalidité, sur la base des statistiques résultant de l'ESS dans les deux cas, n'a pas été critiquée par le recourant et, vérifiée d'office, doit être confirmée. Il en va de même du taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant qui n'a, au demeurant, pas non plus été contesté.

La comparaison du revenu sans invalidité (65'633 fr. 33) et du revenu avec invalidité (59'070 fr. 01) correspond à un taux d'invalidité de 10 %, ce qui ne donne droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures de reclassement. Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimé a dénié au recourant tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour U._____),
- 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 :