

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Renaud Lattion, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPGA

E n f a i t :

A. Le 1^{er} avril 2004, T. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations AI en raison de problèmes de dos. Il a travaillé comme aide-serrurier dans l'entreprise M. _____ SA du 1^{er} novembre 2000 au 30 juin 2003. Il a résilié son contrat pour aller travailler dans une autre entreprise. Par lettre du 18 août 2003, O. _____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour abandon d'emploi avec effet au 26 août 2003.

Le 12 novembre 2003, le Dr B. _____, médecin généraliste, a adressé un rapport à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) où il fait état d'un accident de moto subi par l'assuré au [...] le 19 août 2003 ayant entraîné des plaies multiples surinfectées des membres inférieurs, des douleurs à l'épaule droite et au pouce gauche. Il a aussi mentionné une contusion à l'épaule gauche.

Le 4 février 2004, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale, a écrit à la CNA notamment ce qui suit :

« L'incapacité de travail s'est terminée le 20.10 comme déjà mentionné dans le précédent certificat.
Le patient n'a plus été revu depuis le 12 novembre ; il n'y a donc pas d'élément supplémentaire. Il a fini sa physiothérapie à la fin novembre et en l'absence d'information, probablement qu'il va bien. »

Dans un rapport du 12 mai 2004, le Dr X. _____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches sur discopathie L5-S1 avec protrusion discale et, sans effet sur celle-ci, une hyperlipémie, une hépatopathie d'origine indéterminée, un prurit avec IgE élevé et une minime rhinite pollinique. Il a mentionné plusieurs incapacités de travail à 100 %, la dernière du 19 août au 19 octobre 2003. Il a joint divers rapports dont notamment :

- Un rapport du 4 septembre 2001 du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, qui concluait que l'assuré

avait présenté une insuffisance rénale d'origine hémodynamique, conséquence des vomissements et de la prise d'AINS.

- Un rapport du 17 mars 2003 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Diagnostic :

Lombosciatalgies gauches sur discopathie L5-S1 avec protrusions molle et dure médiane à para-médiane.

[...]

Discussion :

Nos 5 séances ont permis une amélioration, mais qui est loin d'être satisfaisante. On s'étonne tout de même de la persistance de ses lombalgies, alors qu'il est en incapacité de travail depuis bientôt 3 mois. Sont-elles l'expression de troubles somatoformes douloureux que traduisent les tests de non organicité ? Pourtant les plaintes et l'examen me paraissent fiables. C'est la raison pour laquelle je me permets une prolongation d'une semaine, puis il pourra reprendre alors son travail. J'aurais souhaité qu'il le fasse à 50 % sur toute la journée, mais son patron s'y oppose, ce que j'ai accepté pour ne pas envenimer un conflit latent et donner à l'employeur des raisons supplémentaires de le licencier. »

- Un rapport du 10 mars 2004 du Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, dont la conclusion est la suivante :

« Appréciation : sur le plan objectif clinique et neurologique il n'existe en tous cas aucune indication neurochirurgicale chez ce patient, qui présente un syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel en partie en voie de chronification avec radiculalgies frustes du membre inférieur gauche. La poursuite de traitements conservateurs est donc conseillée avec ménagements usuels lombo-vertébraux dans le cadre d'un bon apprentissage de l'hygiène posturale. L'éventualité d'infiltrations au Centre d'antalgie de l'Hôpital [...] peut entrer en ligne de compte, alors que ce patient devra probablement être recyclé sur le plan professionnel par l'intermédiaire de l'assurance-invalidité. »

Le Dr Z._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), dans un avis médical du 12 avril 2005, a indiqué ce qui suit :

« Assuré originaire du [...], âgé de 37 ans, en Suisse depuis 1998, sans formation professionnelle particulière, ayant exercé l'activité d'aide-serrurier.

Plusieurs épisodes d'arrêts de travail en raison de lombosciatalgies chroniques.

Selon le certificat du médecin traitant, il semblerait être à l'arrêt de travail de longue durée à partir du 27.12.2002 jusqu'au 30.06.2003. A signaler qu'il a été engagé selon le rapport de l'employeur O. _____ SA, en date du 01.07.2003 et qu'il n'aurait travaillé qu'effectivement 6 jours. Il présente une première période d'arrêts de travail du 08 au 14.07.03 en raison d'un éventuel problème allergique à la suite d'une piqûre d'insecte puis il s'absente en raison d'un décès dans sa famille (au [...]) voyage lors duquel il est victime d'un accident de la route (passager sur une moto).

Sur le plan asséculo-logique, la SUVA a pris en charge le cas à partir du 22.08.2003 au 19.10.2003, depuis lors il est considéré comme apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Sur le plan strictement médical, cet assuré présente des lombosciatalgies à prédominance gauche sur un trouble dégénératif associé à une protrusion discale paramédiane gauche partiellement calcifiée. Selon le rapport du médecin traitant et du Dr I. _____, neurochirurgien spécialiste, toute activité à forte composante physique est contre-indiquée. Dans une activité à faible charge physique, la capacité de travail de cet assuré est évaluée à 100 %. »

Ce praticien a en outre retenu une capacité de travail de 40 % dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles suivantes : absence de port de charges répétitives au-delà de 10 à 15 kg, absence de position statique assise ou debout au-delà d'une heure, absence de position en porte-à-faux du rachis ou en position en antéflexion du rachis.

Par décision du 1^{er} juin 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles en considérant notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

En raison de votre atteinte à la santé, vous ne pouvez plus exercer votre activité en tant qu'aide-serrurier à plein temps, mais uniquement à un taux de 40 %.

Cependant, selon les renseignements en notre possession, il s'avère que vous présentez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à votre état de santé, telle[s] des activités industrielles légères.

Dans ce genre d'emploi, à un taux de 100 %, vous pouvez prétendre à un revenu annuel brut moyen de Fr. 57'258.24.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure

des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), Fr. 4'588.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique, 11-2005, p.86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à Fr. 4'771.52, ce qui donne un salaire annuel de Fr. 57'258.24.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnel[le]s dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à Fr. 51'532.42.

Sans atteinte à la santé, en tant qu'aide-serrurier à plein temps, votre gain annuel brut s'élèverait à Fr. 57'532.46.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 57'532.46

avec invalidité CHF 51'532.42

La perte de gain s'élève à CHF 6'000.04 = un degré d'invalidité de 10.42 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

B. Le 20 mars 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI.

Le 24 avril 2013, le Dr X. _____ a écrit à l'OAI une lettre rédigée en ces termes :

« L'assuré est principalement handicapé par des lombalgies invalidantes à caractère de blocages récidivants, d'ankylose matinale et de douleurs insomniantes.

Actuellement ces douleurs entraînent un absentéisme récidivant qui a abouti au licenciement de M. T._____. Dans ces conditions il n'a plus de capacité de travail dans sa profession de serrurier.

Vous trouverez, en annexe, le rapport du Dr D._____.

Un reclassement professionnel devrait être envisagé dans les meilleurs délais. »

Le rapport que le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a adressé au Dr X._____ le 2 novembre 2012 avait notamment la teneur suivante :

« Pas de notion d'impulsivité. Il existe une bonne mobilité du rachis dans tous les axes de manière indolore, la DDS [distance doigts-sol] par contre est à 50 cm avec un Schober à 10-14. La palpation du rachis retrouve un point sensible en regard de L5-S1 et une contracture paravertébrale de L2 à L5. Le fond douloureux est estimé à 4/10.

L'examen clinique ne retrouve pas de troubles neuromoteurs particulier[s], la manœuvre de Lasègue est sensible à 65° au niveau lombaire mais sans radiculalgies. Les manœuvres de Waddell sont positives.

La hanche est libre et indolore.

La Rx [radiographie] montre une ossification péri-trochantérienne de la hanche gauche sans signe particulier le jour de l'examen. L'IRM amenée par le patient retrouve les signes dégénératifs L5-S1 avec une protrusion discale sur le même étage.

Donc par rapport à ton courrier la DDS s'est un peu péjorée et le Lasègue est un peu plus précoce que tu l'avais trouvé, sinon pour le reste nous sommes d'accord sur la clinique.

Une prise en charge en physiothérapie va être mise en place que l'on va axer sous forme de reconditionnement avec des assouplissements, du renforcement musculaire, du travail sur ballon selon Klein-Vogelbach, de la balnéothérapie et des courants antalgiques pour la région lombaire.

Il me dit être licencié depuis un mois mais ce patient est tout à fait apte à reprendre une activité à un taux de 50 % à mon avis, en évitant des ports de charge de plus de 20 kg. »

Le 6 juin 2013, le Dr X._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies à bascule dans le territoire S1 des deux côtés, de diabète de type II depuis 2007 et d'insuffisance rénale aiguë transitoire sous anti-inflammatoire. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une hyperlipémie, une hépatopathie d'origine indéterminée et une

rhinoconjonctivite pollinique. Il a expliqué que depuis 2004 l'assuré exerçait une activité de serrurier qu'il pouvait estimer à environ 25 % aux dires de son patient et que malgré ces horaires allégés, il avait présenté à de nombreuses reprises des blocages lombaires qui l'avaient obligé à cesser son activité de façon soudaine et parfois pendant plusieurs jours, son employeur ayant dû se séparer de lui dans ces conditions. Au jour du rapport, il n'exerçait plus d'activité professionnelle. Le Dr X._____ a ajouté que l'apparition d'un diabète en 2007 était venue compliquer la situation. A l'examen, ce praticien a constaté que l'assuré était en bon état général, et qu'il n'y avait pas de trouble neurologique, le reste de l'examen clinique n'étant pas contributif. Il a estimé que d'un point de vue médico-théorique, l'assuré pouvait avoir une activité légère à 50 % et devrait bénéficier d'un stage observationnel, le cas échéant, d'un reclassement professionnel. Il a joint à ce rapport une lettre du Dr D._____ du 13 décembre 2012, selon laquelle le résultat de la physiothérapie était modeste, ce d'autant plus qu'il y avait eu une recrudescence douloureuse pour laquelle le Dr X._____ avait prescrit des gouttes de Tramal ayant permis de diminuer la radiculalgie, la distance doigts/sol étant en revanche toujours élevée et la manœuvre de Lasègue déclenchant une radiculalgie aux alentours de 60°. Il préconisait une réévaluation de la situation en janvier et, si nécessaire, la réalisation d'une infiltration épidurale en regard de L5-S1.

Il résulte d'un rapport du 16 août 2013 de l'employeur, la Serrurerie È._____, que l'assuré a travaillé dans cette entreprise comme aide à la manutention du 1^{er} février 2010 au 31 septembre 2012, le dernier jour de travail effectif étant le 19 juin 2012. L'horaire de travail de l'entreprise était de 42,5 heures par semaine et l'assuré travaillait sur demande à raison de 60 heures par mois pour un salaire de 18'000 fr. par an. L'employeur a expliqué avoir résilié le contrat de travail dès lors que la présence de l'assuré était imprévisible à cause de ses problèmes de dos et qu'il ne pouvait plus compter sur lui car il restait parfois bloqué au lit à cause de son dos. Il a en outre précisé que le travail de serrurier était très physique et demandait de porter des charges pouvant aller jusqu'à 50 kg, voire encore plus.

Dans un avis médical du 23 septembre 2013, le Dr P. _____ du SMR a indiqué notamment ce qui suit :

« *Notre avis* : Nous sommes dans la position où c'est à l'assuré d'apporter la preuve manifeste d'une aggravation ; en principe devant ce type de pathologie, où aucun déficit moteur n'est mis en évidence (cf. Dr D. _____, 02.11.12), l'assuré devrait présenter au moins une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100 %, voire avec une baisse de rendement de 20 % au max., les douleurs étant un critère éminemment subjectif. Le Dr D. _____ atteste l'aptitude à reprendre une activité à 50 % le 02.11.12. Nous n'estimons, le 40 % antérieur étant proche du 50 % actuel, qu'il n'existe aucune aggravation. En ce qui concerne les assertions du Dr X. _____ : en l'absence de critères radiologiques, voire neurologiques incapacitants, de suivi rhumatologique, nous mettons en avant l'empathie du médecin traitant (cf. jurisprudence) en l'absence de preuves objectives versus une situation qui est restée la même depuis 2005 avec des LF [limitations fonctionnelles] identiques (cf. RM [rapport médical] SMR du 12.04.05). »

Le 26 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de reclassement et de rente.

Le 22 octobre 2013, le Dr X. _____ a adressé à l'OAI une lettre rédigée en ces termes :

« En reprenant l'ensemble du dossier il s'avère qu'il n'est pas complet :

- L'imagerie remonte à 2012
- La lettre du médecin rhumatologue n'est pas adaptée à une évaluation AI
- Le handicap lié au problème de l'épaule droite n'est pas mentionné.

Tenant compte du fait que le patient n'a pas pu travailler à plus 25 % depuis 2006 en raison des handicaps somatiques, que le handicap n'a cessé de s'aggraver au fil des années et en dernier lieu que le problème de l'épaule droit n'a pas été mentionné, il paraît important d'avoir une évaluation globale et spécialisée.

Pour cette raison Monsieur T. _____ va être adressé au médecin du [...]K. _____ pour obtenir cette évaluation.

Nous vous demandons instamment de ne rendre votre décision que lorsque l'ensemble des informations vous seront parvenues.

A noter qu'un délai de plusieurs mois sera peut-être nécessaire. »

Le Dr L._____, chef de clinique au Service de rhumatologie du K._____, a posé le 11 mars 2014 les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas, de déconditionnement physique global et de cervico-scapulalgies dans le contexte d'une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Il a notamment indiqué ce qui suit :

« **Bilan radiologique**

IRM lombaire du 15.06.2012 : Présence de discopathies L4/L5 surtout L5/S1 avec une protrusion discale et une déchirure annulaire en L5/S1 sans réel conflit.

Conclusions, traitement et évolution

Ce patient présente d'un côté des rachialgies chroniques ainsi que des sciatalgies intermittentes, difficilement clairement objectivées avec quelques signes de majoration à l'examen clinique d'aujourd'hui et deux signes de Waddell et des autolimitations sinon présentes.

Face à cette situation, avec une symptomatologie qui pourrait être irritative, nous avons quand même décidé de refaire une IRM lombaire qui aura lieu le 18.03 prochain. Je reverrai le patient début avril faute de place avant pour discuter des approches à tenter éventuellement. Néanmoins, le pronostic de chronicisation est bien entamé et le pronostic reste assez réservé. »

Le rapport du 7 avril 2014 de ce praticien a la teneur suivante :

« **Anamnèse**

Depuis notre dernière entrevue, Monsieur T._____ est allé faire son imagerie tant la radiographie lombaire qu'une nouvelle IRM, qui n'a pas changé par rapport à l'imagerie de 2012. En effet, on voit surtout une discopathie L5/S1 avec une lésion de type Modic II avec une déchirure annulaire à ce niveau. Il y a aussi des troubles statiques avec ostéophytoses en L2/L3 en paravertébral gauche.

Plaintes actuelles :

Le patient se plaint de douleurs lombaires basses en barre, accentuées lors des postures assise et debout stationnaire, ainsi qu'à la marche. Les douleurs limitent la position assise à 30 min, debout stationnaire à 20 minutes. La marche est limitée par les douleurs lombaires basses et les sciatalgies (utilisation d'une canne depuis 4 mois par crainte de tomber).

Conclusions, traitement et évolution

Face à cette situation de douleurs qui perdurent et qui semblent plus importantes depuis plusieurs mois et l'échec aux différentes approches faites jusqu'à présent, je lui propose une prise en charge rééducative ici au K._____ en fonction de nos disponibilités, malheureusement il n'y a pas de place disponible dans un programme hospitalier avant plusieurs mois. En attendant je

l'encourage à rester actif, ainsi que de prendre du Sirdalud pour essayer de détendre un peu la musculature. »

Dans un avis du 13 mai 2014, le Dr P._____ a estimé que les documents à disposition n'apportaient aucune information nouvelle et que la situation était inchangée.

Par décision du 15 mai 2014, l'OAI a rejeté la demande de reclassement et de rente en considérant que l'examen de la nouvelle demande n'avait pas permis d'objectiver une modification de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 1^{er} juin 2006.

Dans un rapport du 16 mai 2014 adressé à l'OAI, le Dr L._____ a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas, de déconditionnement physique et de cervico-scapulalgies dans le contexte d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Il estimait qu'il faudrait faire une évaluation des capacités fonctionnelles pour déterminer les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes dans l'activité professionnelle exercée, mais que dans une activité adaptée - sans charges et permettant une alternance de postures - il pourrait certainement y avoir une capacité de travail d'au moins 50 %, voire plus. Il a en outre indiqué qu'un reconditionnement physique permettrait d'augmenter la capacité fonctionnelle et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail après un programme de reconditionnement physique. Sur le plan professionnel, il a indiqué que l'assuré n'avait plus aucune activité depuis 8 mois, qu'il avait d'abord travaillé comme aide-serrurier jusqu'en 2006, activité interrompue en raison des douleurs, puis avait gardé une activité à 25 % chez son chef comme employé plutôt de maison pendant 8 ans avant d'être licencié.

La Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé ce qui suit dans un rapport du 25 juin 2014 adressé à l'OAI :

« M. T. _____ est suivi à ma consultation depuis le 06.06.2014, à la demande de lui-même et de son généraliste, dans le contexte d'un syndrome anxio-dépressif, avec des troubles du comportement, notamment de l'hétéro-agressivité. Les premiers entretiens d'évaluation effectués jusqu'à ce jour (fréquence du suivi 1x/semaine), mettent en évidence la présence d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. En effet, votre assuré présente une humeur triste et irritable, une aboulie, une anhédonie, un retrait social important, une restriction des activités de la vie quotidienne qu'il effectue, des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils précoces. La pensée est restreinte, autour d'idées d'inutilité, de ruine, ainsi que des idées de culpabilité. Il manifeste également une nervosité importante, avec de l'hétéro-agressivité, ainsi que des épisodes de dépersonnalisation et déréalisation, avec perte du contrôle sur son comportement et des idées et comportements suicidaires. Au niveau de l'anamnèse, nous estimons que cet état perdure depuis au moins 4 mois, et résulte en une incapacité de travail à 100 % actuellement.

Pour ces raisons, nous proposons une réouverture de son dossier auprès de votre Office, dans le but d'examiner son droit à une rente invalidité. »

C. Par acte du 18 juin 2014, T. _____ a recouru contre cette décision en concluant avec suite de frais et dépens à l'admission de la demande de reclassement et de la demande de rente. Il fait état d'une péjoration de son état de santé et requiert l'audition du Dr L. _____ ainsi qu'un rapport complémentaire de la part de ce médecin.

Le 3 septembre 2014, il a produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport du 4 juillet 2014 du Dr J. _____, spécialiste en radiologie, établi suite à une échographie de l'épaule gauche du recourant le jour précédent et dont la conclusion est la suivante :

« Déchirure distale et antérieure du sus-épineux s'étendant sur 10 x 10 mm et probable déchirure de la moitié inférieure du sous-scapulaire, raison pour laquelle je n'ai pas pratiqué de deuxième infiltration. Je proposerais de présenter ce patient à un orthopédiste de l'épaule et je pense qu'il faudrait d'abord faire l'arthro-IRM. »

- Un rapport du 7 août 2014 du Dr N. _____, radiologue et neuroradiologue, établi suite à une arthro-IRM de l'épaule gauche du recourant effectuée le jour précédent dont la conclusion est la suivante :

« Déchirure complète transfixiante du tendon du sus-épineux. Rétraction surtout dans la partie antérieure du tendon. Probable petite déchirure partielle également des fibres très antérieures du tendon infra-épineux.

Déchirure subtotale du tendon du muscle sous-scapulaire, une subluxation du long chef du biceps en dehors de sa gouttière et une déchirure de l'intervalle des rotateurs. Atrophie d'environ 50 % du muscle sous-scapulaire et infiltration graisseuse modérée.

Légère arthrose acromio-claviculaire. Légère ostéolyse de l'extrémité latérale de la clavicule gauche. »

- Une lettre du 11 août 2014 du Dr X. _____ adressée à la Polyclinique d'orthopédie à [...] selon laquelle le recourant présente une déchirure de la coiffe des rotateurs et un échec de traitement conservateur par physiothérapie et infiltration. Il mentionne également comme autres diagnostics ceux de diabète type 2 depuis 2007, discopathie L5-S1 avec lombosciatalgies S1 non déficitaires à bascule (1994), une carence de vitamine D, une insuffisance rénale aiguë sur AINS (2001), une dyslipidémie, une otite séreuse bilatérale (1992), une hématurie d'origine indéterminée, un accident de voiture (07.05.1994) et un alcoolisme probable.
- Une lettre du 18 août 2014 adressée au Dr L. _____ par le Dr X. _____ rédigée notamment en ces termes :

« L'intéressé présente toujours d'importantes lombalgies. Dans ce contexte il présente une déchirure de la coiffe à l'épaule gauche qui complique la situation, ainsi qu'une évolution vers un état dépressif.

L'ensemble de ces pathologies compromettent sa capacité professionnelle.

Nous aurions besoin, dans les meilleurs délais, de la prise en charge que vous proposiez en avril 2014 qui pourrait également servir d'évaluation de ses capacités fonctionnelles. Ces éléments nous permettraient de rouvrir, s'il y a lieu, son dossier AI.

En vous remerciant de bien vouloir le convoquer, si cela vous est possible, afin de mettre en place la prise en charge rééducative proposée ce printemps. »
- Une convocation du 22 août 2014 adressée au recourant pour une hospitalisation au K. _____ à l'Hôpital orthopédique à la demande du Dr L. _____.

Par réponse du 16 septembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant que les faits survenus postérieurement à la décision attaquée devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Il en concluait qu'une expertise n'était pas nécessaire contrairement à l'avis du Dr P._____. Il a produit en annexe cet avis du 8 septembre 2014 dont il résulte notamment ce qui suit :

« Suite à la décision de refus de reclassement du 15.05.14, l'assuré recour[t] contre cette décision. Il allègue que son état de santé s'est aggravé. Vous demandez de prendre connaissance des documents et de donner notre appréciation médicale et si ces pièces remettent en cause la décision. Vous faites remarquer que l'Office est entré en matière sur la nouvelle demande de prestation AI déposée le 20.03.13 car vous aviez demandé des RM [rapports médicaux] initialement, et que dans ces circonstances, ce n'est plus à l'assuré de prouver que son état de santé s'est aggravé. Vous précisez bien que s'il y a des doutes, nous devons instruire sur le plan médical. Vous demandez d'indiquer si nous sommes suffisamment renseignés sur le plan médical.

Nous recevons plusieurs RM après la décision litigieuse du 15.05.14 : 1/ le Dr L._____, rhumatologue K._____ rapporte le 16.05.14 des lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de troubles dégénératifs lombaire[s] bas, un déconditionnement physique, et des cervico-scapulalgies en rapport avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Son pronostic est réservé, le traitement comprend uniquement du Sirdalud (relaxant musculaire uniquement), qu'il faudrait faire une évaluation des CT [capacités de travail], MAIS que dans une AA [activité adaptée], « l'assuré pourrait avoir certainement au moins 50 % voire plus ». 2/ Le Dr W._____, psychiatre K._____ annonce le 25.06.14 en quelques lignes un syndrome anxiodépressif avec des troubles du comportement, qui s'inscriraient dans un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Cette nouvelle IT [incapacité de travail] durable remonterait à 4 mois, et elle serait responsable d'une IT de 100 %. 3/ enfin le 03.09.14, une courte lettre du Dr X._____, le 18.08.14 réitère les diagnostics connus, avec une arthro-IRM de l'épaule G [gauche], le 06.08.14. Cette dernière détermine bien une déchirure complète transfix[i]ante du SE [sus-épineux], du sous scapulaire, une subluxation du long chef du biceps en dehors de sa gouttière, une légère arthrose acromio-claviculaire et une légère ostéolyse de l'extrémité latérale de la clavicule G. Le K._____ avait proposé en avr.14 une prise [en] charge rééducative.

Notre position : l'atteinte de l'épaule G est maintenant objective avec l'arthro-IRM (examen fondamental), mais si nous admettons que la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] est bien nulle comme serrurier, somatiquement une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 80-100 % reste d'actualité dans ce type de pathologie : le K._____ propose uniquement une reprise en charge rééducative. Sur le plan psychiatrique, au vu des déclarations, nous n'avons pas d'objections à formuler, mais une

évaluation serait nécessaire, car un épisode anxio-dépressif avec manifestations psychotique[s] depuis 4 mois a de quoi surprendre : pas de mise sous tutelle, pas d'inaptitude conduite signalée au SAN... Le Dr X. _____ demandait déjà une évaluation globale spécialisée, le Dr L. _____ plai[d]ait aussi dans ce sens (cf. ci-dessus) : nous allons donc répondre à leur demande, n'ayant pas vu l'assuré et étant en phase de recours.

Au total, conformément à la demande des confrères, nous recommandons de réaliser, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF [limitations fonctionnelles] :

un examen MR rhumato-psychiatrique. »

Par réplique du 7 novembre 2014, le recourant a maintenu ses conclusions. Il soutient en substance qu'il est inexact de dire que les éléments nouveaux concernant son état de santé seraient postérieurs à la décision attaquée, ses problèmes orthopédiques étant clairement antérieurs à cette décision comme cela résulte des rapports des 19 mars et 30 septembre 2014 du Service de radiologie des A. _____ (ci-après : A. _____), qu'il a produits en annexe. Il ajoute que le 7 avril 2014, le Dr L. _____ a signalé une péjoration, indiquant que les douleurs perduraient et semblaient plus importantes depuis plusieurs mois et évoquant à ce moment-là un pronostic de chronicisation bien entamé, ce qui laissait entendre que la situation décrite n'était pas nouvelle. Quant aux problèmes d'origine psychiatrique, le recourant relève que le récent rapport de la Dresse W. _____ du 14 octobre 2014 situe le début de ces problèmes à au moins huit mois, ce qui signifie qu'ils auraient au moins été présents au début d'année, soit plusieurs mois avant la décision litigieuse.

Il a produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport du 19 mars 2014 de la Dresse S. _____, cheffe de clinique du Service de radiologie des A. _____, établi suite à une IRM de la colonne lombaire effectuée le 18 mars 2014, qui conclut comme il suit :

« Phénomènes dégénératifs L5-S1 avec transformation MODIC II et présence d'une petite hernie discale et fissuration annulaire sans conflit radiculaire évident et inchangé par rapport à l'IRM précédente. »

- Une convocation du 30 septembre 2014 par le SMR pour un examen clinique devant être effectué le 5 novembre 2014 par les Drs H._____, rhumatologue et Y._____, psychiatre.
- Un rapport du 30 septembre 2014 du Dr R._____, radiologue au Service de radiologie des A._____, établi suite à une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 29 septembre 2014, qui conclut comme il suit :

« Les faits marquants sur cette IRM sont les troubles dégénératifs antérieurs de la tête humérale, proches de l'insertion du tendon sous-scapulaire. La partie horizontale intra-articulaire du tendon du long-chef du biceps est difficilement identifiable en raison d'une importante tendinopathie, mais semble être encore continue. Petite déchirure transfixiante distale du muscle supra-épineux avec inondation de la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Arthrose acromio-claviculaire. »

- Une attestation établie le 14 octobre 2014 par la Dresse W._____ ainsi rédigée :

« **M. T._____**, né le [...], est suivi à la consultation de [...] d' [...] depuis le 06.06.2014, à la demande de lui-même et de son généraliste, dans le contexte d'un syndrome anxio-dépressif, avec des troubles du comportement, notamment de l'hétéro-agressivité. Les entretiens effectués jusqu'à ce jour (fréquence du suivi 1x/semaine), mettent en évidence la présence d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. En effet, il présente une humeur triste et irritable, une aboulie, une anhédonie, un retrait social important, une restriction des activités de la vie quotidienne qu'il effectue, des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils précoces. La pensée est restreinte, autour d'idées d'inutilité, de ruine, ainsi que des idées de culpabilité. Il a manifesté également au début de sa maladie une nervosité importante, avec de l'hétéro-agressivité, ainsi que des épisodes de dépersonnalisation et déréalisation, avec perte du contrôle sur son comportement et des idées et comportements suicidaires. Au niveau de l'anamnèse, nous estimons que cet état perdure depuis au moins 8 mois et résulte en une incapacité de travail à 100 % actuellement.

M. T._____ a eu une dernière activité dans une entreprise de serrurerie à 30 %, taux qu'il n'a pas été en mesure d'excéder, en raison de problèmes somatiques. Concernant l'atteinte psychiatrique actuelle, nous observons chez lui une légère amélioration de son état depuis un mois. Nous estimons actuellement qu'il y a une indication pour la mise en place de mesures de réinsertion par l'AI dans son ancien poste de travail, ce qui permettrait déjà une évaluation de ses capacités et des limitations fonctionnelles et contribuerait à une amélioration sur le plan psychiatrique, avec la

possibilité éventuellement d'une augmentation progressive de son taux d'activité. »

Par duplique du 17 décembre 2014, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il a produit un avis médical du 10 décembre 2014 du Dr P._____ dont il résulte notamment ce qui suit :

« *Notre position* : fondamentalement ces pièces ne modifient pas notre opinion précédente, et que somatiquement une CT Activité Adaptée de 80-100 % resterait d'actualité dans ce type de pathologie d'autant que la pathologie lombaire n'a pas évolué depuis 2012, que la rupture du Sus-Epineux D [droit] n'est que partielle, et considérée comme petite, voire sans indication opératoire. Mais c'est sur le plan psychiatrique, que nous sommes le plus étonnés puisque l'assuré pourrait suivre des MR [mesures de réinsertion], voire reprendre pleinement, ce qui veut dire que les manifestations psychotiques auraient disparu, ce qui nous interpelle au plus haut point. Devant ces informations, nous réitérons et sommes tout à fait favorables dans cette affaire à ce que le tribunal veuille bien mettre en place une expertise rhumato-psychiatrique. Nous en restons donc aux considérations antérieures. »

Le 19 janvier 2015, l'OAI a produit les pièces suivantes :

- Un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR établi le 22 décembre 2014 par le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'examen ayant eu lieu en présence d'un interprète de langue [...]. On extrait ce qui suit de ce rapport :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

- Déchirure étendue de la coiffe des rotateurs gauche, avec un conflit sous-acromial, une arthrose acromio-claviculaire. M75.1
- Lombosciatalgies bilatérales, dans un contexte de protrusion discale L5-S1 et de troubles dégénératifs postérieurs étagés.
- Conflit sous-acromial droit, déchirure partielle du supra-épineux, tendinite du long chef du biceps.
- Aucun diagnostic psychiatrique.

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- Déconditionnement physique, pré-obésité.
- Z72.0 Utilisation de tabac.

APPRÉCIATION DU CAS

Lors de l'entretien, M. T._____ décrit sa dernière activité professionnelle, réalisée pour l'entreprise È._____. Il s'agit d'une activité physiquement légère, voire sédentaire, réalisée à temps partiel 60 heures par mois. L'assuré devait s'occuper du courrier, nettoyer les bureaux, de temps à autre servir de chauffeur pour la femme du patron ou encore promener un chien. L'activité physiquement légère réalisée est confirmée dans le rapport du 16.05.2014 du Dr L._____.

En premier lieu, l'assuré s'estime incapable de reprendre une activité de ce type à plein temps ou une activité d'aide-serrurier. Il annonce des douleurs du membre supérieur gauche, des douleurs mixtes avec également des douleurs au repos, des douleurs mécaniques à l'épaule droite. A relever que l'étendue des douleurs du côté gauche, qui vont jusqu'à l'avant-bras et remontent jusqu'à la nuque, n'est pas systématisable pour une atteinte simple de la coiffe des rotateurs.

Selon l'assuré, les douleurs ont commencé à gauche il y a 1 an ½ et il y a 7 mois à droite. Il est fait mention la 1^{ère} fois d'un problème d'épaule le 22.10.2013, constatation du Dr X._____, il est mentionné un handicap lié à un problème de l'épaule droite. Le Dr L._____ décrit un problème d'épaule dans sa consultation du 10.13.2014, sous forme de cervico-scapulalgies dans le contexte de tendinopathie de la coiffe des rotateurs probable ; dans son examen, l'assuré est limité ddc [des deux côtés], davantage à gauche qu'à droite.

Au deuxième plan, M. T._____ se plaint d'une lombosciatalgie bilatérale, présente de longue date, depuis le 1^{er} accident de 1994. Les lombosciatalgies sont de type mécanique.

L'assuré a été pris en charge en rééducation du dos à l'Hôpital orthopédique pendant 3 semaines, il est sorti le 28.10.2014. L'assuré ne voit pas une grande amélioration, les crampes des membres inférieurs vont mieux, mais il n'y a pas de changement au niveau lombaire.

M. T._____ nous apporte un nouveau document sous la forme d'une consultation orthopédique qu'il a eu[e] avec le Dr Q._____ à [...] le 10.10.2014. L'orthopédiste a retenu une atteinte bilatérale de la coiffe des rotateurs, prédominant très nettement à gauche. Il est proposé que l'assuré soit vu dans le Service d'orthopédie du Dr G._____ à [...] le 26 01 2015, afin de juger de l'indication à une intervention chirurgicale.

Par rapport aux contraintes physiques pouvant expliquer l'atteinte des coiffes des rotateurs, l'assuré dit avoir stoppé son activité de serrurier en 1994. Cette activité est considérée comme contraignante physiquement. Par la suite, l'assuré s'est occupé de son jardin et a fait pousser des légumes, des piments. Il était aidé par un ami pour passer le motoculteur. L'assuré annonce que depuis 6 mois il ne peut plus jardiner.

L'examen clinique montre un homme de 46 ans, en bon état de santé général, avec une pré-obésité.

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire, que ce soit cervicale ou lombaire.

L'examen des épaules est rendu difficile par la participation de l'assuré, ce dernier effectuant de nombreuses contre pulsions. Fait marquant, l'assuré n'a pas d'amyotrophie de non utilisation de son bras et de son avant-bras gauches, cela n'est pas cohérent avec la mobilité extrêmement restreinte active à l'examen de ce jour. Nous retrouvons, comme le Dr L._____, une légère amyotrophie du supra-épineux gauche (muscle de la partie postérieure de l'épaule). La mobilité active et passive ce jour est nettement moins importante que celle du Dr L._____, mise sur le compte de la participation incomplète. Alors que le Dr L._____ n'avait pas d'atteinte spécifique au testing de la coiffe des rotateurs (descriptif d'absence d'atteinte claire tendineuse, contre pulsions le 10.03.2014), l'assuré ce jour lâche le test du supra-épineux gauche et du long chef du biceps contre une résistance même légère. Du côté droit, de façon non cohérente avec les données de l'IRM, l'assuré tient les 4 tests de la coiffe des rotateurs contre une résistance modérée. Nous avons des signes pour un conflit sous-acromial ddc, pour une surcharge acromio-claviculaire à gauche. Il n'y a pas de capsulite rétractile. Fonctionnellement, l'assuré enlève sa chemisette en mono-manuel avec le bras droit (il est droitier) ; il est capable, en bimanuel, par exemple de remettre son pantalon, de fermer sa ceinture.

Au niveau du rachis, il existe de légers troubles statiques, avec un relâchement de la sangle abdominale dans le contexte d'une pré-obésité. L'assuré n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité de la nuque est complète, douloureuse en fin d'amplitude en rotation gauche et en flexion latérale, sans douleurs à la palpation au niveau de la nuque, avec une gestuelle spontanée normale. Nous excluons un syndrome rachidien cervical.

La mobilité lombaire est légèrement restreinte en flexion et en extension, avec une douleur à la palpation lombaire basse, l'absence de contracture. Nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Il n'y a pas de sciatalgies irritatives. Le score de Waddell, ce jour, est négatif à la recherche de signes comportementaux.

L'étude du dossier radiologique montre surtout une atteinte étendue et importante de la coiffe des rotateurs gauche, le 6.08.2014, touchant le subscapulaire, le sus-épineux. Cette atteinte s'est façonnée sur des années, elle n'est pas apparue en quelques mois. L'arthro-IRM, faite juste après au niveau de l'épaule droite, montre une déchirure transfixiante moins importante du supra-épineux, par contre une arthrose acromio-claviculaire marquée et une tendinite du long chef du biceps ; la corrélation clinique est partielle, à l'examen de ce jour, il n'y a pas de tendinite des 2 muscles concernés à droite ni de douleurs marquées au testing de l'acromio-claviculaire droit.

La dernière IRM lombaire, réalisée le 20.03.2014, montre une protrusion médiane L5-S1, des troubles dégénératifs postérieurs étagés, sans changement par rapport à la dernière IRM d'octobre 2012 et sans changement significatif par rapport à ce qu'est décrit dans le dossier lors de la 1^{ère} demande.

Au point de vue psychiatrique, le dossier de l'assuré contient un document du 25 06 2014, dans lequel le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques est posé. L'incapacité de travail est estimée à 100 %. Les symptômes décrits dans ce rapport correspondent au diagnostic d'épisode dépressif sévère, les symptômes psychotiques ne sont cependant pas décrits. Le médecin parle d'entretiens d'évaluation.

Dans l'anamnèse recueillie ce jour, l'assuré déclare n'avoir jamais souffert d'une maladie psychiatrique. Il parle d'une situation unique en 2014, dans laquelle il s'est senti inutile et a eu envie de mourir en raison de la perte de son travail. Il s'est rendu dans son pavillon de jardin, il se sentait dans un état comparable à une ivresse alcoolique. Il s'est opposé à sa femme qui voulait l'aider et l'a frappée. Il l'a quand même suivie auprès d'un psychiatre. Le spécialiste lui a prescrit des médicaments qui ont apporté une amélioration rapide de son état psychique.

Interrogé par l'examineur du SMR, l'assuré ne décrit aucun symptôme d'allure psychotique.

Le status psychiatrique de ce jour ne met en évidence aucun signe ou symptôme de maladie, que ce soit sur le plan dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité.

L'assuré se dit parfois triste et irritable en raison de son inactivité professionnelle. Par ailleurs, il accompagne tous les jours ses enfants à l'école et s'occupe avec talent de la culture de légumes dans son jardin familial. Il aime beaucoup marcher et fait du vélo.

Au point de vue psychiatrique, l'assuré a présenté, en 2014, un épisode dépressif aigu d'intensité sévère, réactionnel à des difficultés d'ordre professionnel. Cet épisode a été de courte durée et n'a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Selon les dires de l'assuré, son état psychique s'est rapidement amélioré grâce au traitement.

L'assuré n'a jamais souffert et ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante durable.

Limitations fonctionnelles

Epoules : pas de travail prolongé au-dessus du niveau de la poitrine (ceci s'appuyant sur les amplitudes relevées par le Dr L. _____) ; pas de port de charges répété de plus de 5 kg (charges très légères), pas de mouvements d'abduction-adduction répétés des bras.

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotation rapide, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg (le port de charges est limité davantage par le problème de l'épaule gauche), pas de position statique assise au-delà de 1 heure, debout au-delà de 30 minutes.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

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

Lors de la 1^{ère} demande de prestations, il a été retenu une incapacité de travail durable depuis le 10.08.2003, avec une incapacité de travail de 60 % dans l'activité d'aide-serrurier, en relation avec une lombosciatalgie gauche dans un contexte de protrusion discale L5-S1.

Sans objet sur le plan psychiatrique

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

Dans le contexte de la demande actuelle du 20.03.2013, les nouveaux éléments versés au dossier par le Dr X._____, décrivant l'atteinte lombaire, n'apportent pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'état de santé. La 1^{ère} consultation du Dr L._____ du 10.03.2014 montre une situation lombaire clinique et au niveau radiologique similaire à celle décrite antérieurement.

L'aggravation de l'état de santé au niveau ostéoarticulaire se situe au niveau de l'épaule gauche et, dans une moindre mesure au niveau de l'épaule droite, en gardant comme bémol que la dégénérescence constatée au niveau de l'épaule gauche s'est façonnée sur des mois, voire des années, n'a pas été relevée dans les consultations, que l'assuré ne s'en est pas plaint. Une probable atteinte de la coiffe des rotateurs a été relevée par le Dr L._____ le 10.03.2014, puis confirmée par l'arthro-IRM effectuée, à gauche le 6.08.2014, à droite le 29.09.2014.

Depuis le 10.03.2014, nous retenons que l'activité d'aide-serrurier n'est plus exigible et que l'incapacité de travail est totale dans cette activité.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique en 1^{er} lieu de l'épaule gauche, puis du rachis lombaire et au dernier plan de l'épaule droite. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, nous retenons une exigibilité de 75 %, ceci en intégrant les éléments du dossier, l'examen clinique de ce jour et l'examen complémentaire radiologique. Notre avis s'approche de l'avis du Dr L._____, qui retient, à plusieurs reprises, une capacité de 50 %, voire plus, dans une activité adaptée. Nous retenons un 75 % de capacité de travail dans une activité adaptée, en s'appuyant sur la consistance imparfaite des éléments du dossier, avec des discordances en ce qui concerne la fonction du membre supérieur gauche (testing de coiffe, gestuelle spontanée, mobilité), une incohérence quant à l'absence d'amyotrophie du bras et de l'avant-bras gauche, la capacité en situation de l'assuré à réaliser des tâches de jardinage.

La dernière activité effectuée par l'assuré est considérée comme adaptée à son état de santé. Il s'agissait d'une activité d'employé polyvalent légère, ne nécessitant pas de formation.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle d'aide-serrurier : 0 %
Dans la dernière activité réalisée d'employé polyvalent : 75 %
Dans une activité adaptée : 75 %
Depuis le : 10 03 2014 »

- Un avis médical du 7 janvier 2015 du Dr P._____ se ralliant aux conclusions du rapport des Drs H._____ et Y._____ et retenant une aggravation de l'incapacité de travail dès le 10.03.14, l'incapacité de travail étant totale depuis comme serrurier et de 75 % comme employé polyvalent ou dans une activité adaptée.

Dans son écriture du 12 février 2015, le recourant a requis une expertise. Il a indiqué qu'il allait subir deux opérations des épaules, l'une en mars et l'autre en juin-juillet, estimant opportun d'attendre le résultat de ces opérations pour mettre en œuvre une expertise.

Il a en outre requis, le 17 mars 2015, une prolongation de délai pour produire d'autres pièces et répondre au courrier du 19 janvier 2015 de l'OAI.

Dans son écriture du 25 mars 2015, l'OAI a estimé une expertise inutile dès lors que la légalité des décisions attaquées est en règle générale appréciée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue.

Par déterminations du 15 août 2016, le recourant a réitéré sa demande d'expertise. Il soutient en substance souffrir de trois atteintes principales, soit le problème des deux épaules, celui des lombosciatalgies persistantes et son état dépressif sévère. Il allègue que malgré les traitements et les opérations, il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé mais que son état empire, l'absence de reconnaissance de son mauvais état de santé influant au surplus sur celui-ci. Le recourant a transmis en annexe des pièces médicales plus récentes, qui montrent selon lui qu'il n'y a pas d'amélioration de son état, malgré les efforts faits pour assurer ce suivi médical. Il estime que des problèmes qui n'ont pas été directement abordés sont susceptibles d'être liés aux autres

symptômes, ces problèmes étant la perte de force et de sensibilité de la main gauche (rapport du Dr U. _____ du 2 octobre 2015), une neuropathie (rapports du Dr U. _____ des 2 octobre 2015 et 14 mars 2016), un diabète type II et un problème rénal (rapport AI du Dr X. _____ du 6 mars 2013), ainsi qu'un problème d'engourdissement des membres inférieurs. De l'avis du recourant, son état de santé est abordé essentiellement sous l'angle mécanique et il n'y a pas de discussion sur la possible incidence du diabète et des problèmes rénaux sur son état de santé général alors que les problèmes rénaux et le diabète peuvent être à l'origine d'une neuropathie. Il requiert dès lors une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et englobant les questions liées au système nerveux et au problème rein/diabète.

Il produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport du 28 octobre 2014 du Dr L. _____ qui mentionne que le recourant a séjourné dans l'Unité de Réhabilitation du [...] du 8 septembre au 26 septembre 2014. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas, de déconditionnement physique global, de cervico-scapulalgies bilatérales dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et rupture du sus-épineux gauche ainsi qu'un probable état anxio-dépressif. Il indique que le recourant présente des lombosciatalgies bilatérales assez invalidantes en début de séjour, l'obligeant à marcher avec des cannes qu'il a pu abandonner au fil de son séjour. Il ajoute que la communication a été difficile étant limitée par les problèmes linguistiques du recourant mais qu'un entretien a pu avoir lieu avec une personne parlant sa langue et dont il a résulté que le recourant a eu de nombreuses souffrances durant l'enfance où des tortures physiques ont eu lieu. Selon le Dr L. _____, l'influence du vécu du recourant sur les douleurs actuelles reste importante surtout en ce qui concerne la reconnaissance de sa souffrance vu les antécédents.
- Un rapport du 12 janvier 2015 du Dr L. _____ selon lequel la situation est plutôt stagnante. Il préconise une expertise rhumatologique et

psychiatrique afin de « statuer sur l'influence des différentes parties et qu'une reconnaissance puisse être déterminée si jamais ».

- Une lettre du 12 janvier 2015 du Dr X. _____ adressée au conseil du recourant faisant état de douleurs aux deux épaules dans le cadre d'une atteinte de la coiffe des rotateurs bilatérale pour laquelle le recourant a été envoyé à la policlinique d'orthopédie de l'hôpital [...], de lombosciatalgies persistantes bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs, incapacitantes, ainsi que d'un épisode dépressif sévère avec idées de mort, pour lequel il a été adressé à [...]. Le Dr X. _____ estime que l'état du patient est en cours d'évaluation et qu'il n'est pas l'heure de rendre une décision définitive.
- Un rapport du 29 avril 2015 du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui pose le diagnostic de status post arthroscopie de l'épaule gauche, réparation de coiffe (tendon du sous-scapulaire, tendon du sus- et sous-épineux) par technique double rangée, ténodèse du long-chef du biceps, décompression sous-acromiale, acromioplastie et résection acromioclaviculaire le 11 mars 2015. Il mentionne que l'évolution est favorable. Au status, il constate que les cicatrices sont calmes, sans signe d'inflammation, qu'il y a une bonne force musculaire lors des testings de la coiffe et pas de trouble neurovasculaire périphérique.
- Un rapport du 22 juin 2015 de ce praticien qui mentionne que l'évolution est stagnante. Au status, il indique ce qui suit :

« Amplitudes articulaires diminuées avec une flexion à 60 active, 90 passive, RE₁ 20, RI jusqu'aux fesses. La mobilisation déclenche des douleurs. A la périphérie, diminution de la force au niveau de la main gauche ainsi que diminution de la force à la flexion du coude avec une atrophie musculaire légère du muscle deltoïde et du biceps raison pour laquelle on a agendé un contrôle chez le neurologue (Dr U. _____ qui me lit en copie) afin d'exclure une lésion neurologique post opératoire (nerf musculo-cutané/parésie transitoire du plexus brachial ?). »
- Un rapport du 1^{er} octobre 2015 du Dr G. _____ qui mentionne que l'évolution est favorable en ce qui concerne les douleurs ainsi que la mobilité. Il fait état d'un examen auprès du Dr U. _____.

- Un rapport du 2 octobre 2015 du Dr U._____, spécialiste en neurologie, adressé au Dr G._____ dont il résulte notamment ce qui suit :

« Il s'agit d'un homme qui me dit n'avoir eu aucun problème grave dans sa vie jusqu'à il y a deux ans où l'on diagnostique un diabète vraisemblablement de type II traité par Metfin. Ce droitier travaille comme aide-serrurier à la pose de portes et de fenêtres ; il a vu se développer des douleurs des deux épaules. Vous avez pratiqué en mai une arthroscopie de l'épaule gauche pour réparation de coiffe touchant le tendon du sous-scapulaire, du sus- et du sous-épineux avec ténodèse du long-chef du biceps et décompression sous-acromiale.

Le patient signale qu'il est sorti avec probablement une attelle ou un plâtre compressif, et qu'il a passé trois jours et trois nuits de douleurs extrêmement intenses au MSG [membre supérieur gauche] avec une sensation de perte de force. Il a dû consulter en urgence au troisième jour. L'appareil de contention qui avait été mis en place a été enlevé pour un autre qui n'était pas compressif, et depuis lors il a perdu la force de la main gauche. Il se plaint d'avoir de rares paresthésies quelquefois le matin au réveil à la main gauche ; il n'a pas l'impression d'une perte de sensibilité. Il n'a pas de perte de force ou de sensibilité à droite ni aux MI [membres inférieurs].

Les épaules restent très douloureuses avec une grande difficulté à l'abduction des deux bras, la douleur étant pire à gauche qu'à droite. [...]

Il s'agit d'une situation assez compliquée.

Sur le plan clinique, il présente clairement une atteinte des nerfs interosseux postérieurs et antérieurs dans l'avant-bras gauche entraînant notamment pour ce qui est de la pronation et de la pince pouce-index, une parésie significative et handicapante. Je ne sais depuis quand dure ce problème, mais je ne vois pas de rapport avec les interventions que vous avez pratiquées. Une libération chirurgicale doit être envisagée.

Par contre, il est très probable qu'il a eu une compression du nerf radial au niveau du bras gauche par l'appareil de contention mis en place après l'intervention, atteinte assez sévère sur le plan neurographique mais qui a toutes les probabilités de s'améliorer spontanément.

Il a une forme fruste de compression du nerf médian dans le tunnel carpien gauche en tout cas peu symptomatique qui mérite, au cas où vous vous décideriez de libérer les nerfs interosseux, d'être également opéré dans le même geste, l'atteinte étant suffisamment grave sur le plan ENMG [électroneuromyographique] pour la justifier, mais pas pour la pratiquer isolément pour l'instant.

Les anomalies musculaires anciennes touchant tous les territoires examinés, asymptomatiques, sont le signe d'une neuropathie

axonale très ancienne, stable, qui n'a pas de corrélation anamnétique. Ce genre de pathologie peut se trouver par exemple dans les séquelles d'une poliomyélite, d'une atteinte polyradiculaire pour lesquelles le patient n'a aucun signe ou symptôme et dont il n'a pas la moindre anamnèse.

Au vu de la difficulté de déterminer l'étiologie, je vous propose de me réadresser le patient entre 6 mois et une année afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une pathologie progressive. »

- Une lettre du 6 octobre 2015 du Dr X. _____ à la Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique à [...] d' [...], dans laquelle il reprend les diagnostics qu'il avait déjà posés en ajoutant celui de « Arthroscopie épaule G 11.3.2015: réparation de la coiffe, ténodèse du long chef du biceps, et acromioplastie...faiblesse du MSG post-op... »

- Un rapport du 14 mars 2016 du Dr U. _____ rédigé en ces termes :

« Je rappelle que je l'avais examiné l'année passée, dans le cadre de douleurs de l'épaule qui sont évaluées par le Dr G. _____ et que j'avais constaté une importante parésie des muscles du membre supérieur gauche dans le cadre d'une compression des nerfs interosseux antérieurs et postérieurs et d'une forme modérée du syndrome du tunnel carpien. Une proposition chirurgicale a été faite au patient qu'il a refusée, sous prétexte qu'il préférerait qu'on enlève d'abord la douleur de son épaule droite.

La situation, sur le plan de l'usage du membre supérieur gauche, est très mauvaise. Le patient a une parésie sévère de la pince pouce-index, de la pronation, des douleurs antébrachiales à tel point que l'on peut considérer que son membre supérieur gauche est presque inutilisable dans la vie courante. Il n'a pas vu se développer de nouveau symptôme.

Le status est semblable à l'examen précédent : sévère parésie dans le territoire du nerf interosseux antérieur, parésie modérée dans le territoire du nerf interosseux postérieur, douleurs à l'arcade de Frohse, perte de sensibilité au niveau des doigts difficile à estimer au vu des réponses du patient.

L'examen neurographique : confirme toutes les anomalies découvertes en 2015, ne montre pas d'aggravation particulière dans le cadre de ses atteintes du nerf médian et des nerfs interosseux antérieurs et postérieurs, mais par contre fait apparaître maintenant une atteinte également au niveau de la gouttière épitrochléo-olécranienne.

APPRECIATION DU CAS

Concernant le membre supérieur gauche du patient, je ne peux que réitérer mes propositions précédentes : il faut intervenir chez ce patient à au moins 3 niveaux soit : tunnel carpien, arcade des

pronateurs, arcade de Frohse. Par la suite, il faudra encore surveiller l'évolution d'une neuropathie du cubital au coude.

L'atteinte est sérieuse, la parésie importante, il est certain que, même après une intervention, il faudra envisager un délai éventuellement de plusieurs mois avant de récupérer le fonctionnement normal du membre supérieur gauche. »

- Un rapport du 15 mars 2016 du Dr G. _____ dont la conclusion est la suivante :

« Discussion : en ce qui concerne l'épaule gauche, l'IRM ne confirme pas une lésion/re-rupture au niveau de la coiffe réparée si ce n'est qu'une petite lésion au niveau de la par[t] supérieure du sous-scapulaire, ce qui ne correspond pas à l'examen clinique. En ce qui concerne l'épaule droite, il y a une lésion inter-supérieure de la coiffe, cependant je ne vois aucune indication à un traitement chirurgical. Je reverrai le patient dans 6 mois, soit le 12 septembre 2016 pour une réévaluation de son épaule gauche. J'attends encore le rapport du Dr U. _____.

J'ai prolongé son arrêt de travail à 100 % »

- Une attestation du 28 juin 2016 de la Dresse E. _____ rédigée en ces termes :

« M. T. _____ a débuté un suivi à l' [...] d' [...] en juin 2014 avec la Dre W. _____, puis par moi-même à partir du 1^{er} novembre 2014, suite au départ de mon prédécesseur. Avant le début du suivi à l' [...], le patient était suivi avec sa famille aux [...].

Il s'agit d'un patient d'origine [...], qui a subi plusieurs déchirures aux tendons et de multiples interventions chirurgicales, avec pour séquelles un syndrome douloureux chronique. Au vu de sa situation somatique, le patient n'arrive plus à se mobiliser comme avant et a dû arrêter son travail. Il a perdu son statut social et professionnel. Au sein de la famille, le patient était le pilier de la famille pouvant subvenir aux besoins financiers. Actuellement, il n'arrive plus à se servir de ses mains comme auparavant, même pour accomplir des gestes d'hygiène. M. T. _____ présente également des douleurs au niveau du dos, probablement consécutives aux travaux pénibles accomplis dans sa profession de serrurier.

Face à sa frustration de ne plus être comme avant, il s'épuise et n'arrive pas [à] trouver les bonnes stratégies pour s'habituer à sa vie actuelle. Du fait de cette impuissance et de cette frustration, le patient devient colérique face à ses proches, raison pour laquelle il a été suivi avec sa famille à l'Unité des [...], puis transféré à l' [...] d' [...] en thérapie individuelle.

Le patient manifeste des symptômes dépressifs qui peuvent justifier un trouble dépressif récurrent de type moyen, avec syndrome somatique : disposition triste, anhédonie, désespoir, attitude morose face à l'avenir, irritabilité, tolérance diminuée à la frustration et insomnies. Il présente également des idées suicidaires non

scénarisées, de manière sporadique, lorsqu'il perd ses repères et n'arrive plus à se projeter dans l'avenir. Le patient présente une structure très rigide, n'arrivant pas à s'adapter à la réalité quotidienne, restant dans l'illusion de ce qu'il était auparavant. Il ressent de la colère en lui-même, qu'il rejette sur les autres et se débat pour faire reconnaître son statut de malade. Le patient a par contre du mal à accepter sa maladie psychique, rejetant sa souffrance morale et physique sur le compte de son état somatique. Pour préserver son ego, à notre avis, il est préférable de donner un sens à son handicap physique, malgré le fait qu'il se montre fragile au niveau psychique, peu adapté à la situation et rigide dans sa structure, avec une faible capacité d'adaptation. »

Dans son écriture du 7 septembre 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il soutient que même si une aggravation durable de l'état de santé était avérée, elle est survenue au plus tôt en mars 2014 et qu'au vu du degré d'invalidité de 10 % retenu lors de la décision du 1^{er} juin 2006, une telle modification, si elle se confirme, ne peut avoir aucun effet sur le droit à une rente avant mars 2015, précisant que d'éventuelles mesures professionnelles n'étaient en outre pas nécessaires en mai 2014. Il ajoute qu'actuellement, il ignore si de telles mesures sont envisageables ou non, question qui n'a cependant pas à être examinée dans le cadre du recours. Il a produit un avis médical du 5 septembre 2016 du Dr P. _____ dont il résulte notamment les passages suivants :

« [...] le diabète de type 2 est simplement rapporté par le Dr X. _____, et par définition ce type d'atteinte n'est pas incapacitante. Pour la neuropathie diabétique, veuillez noter que le Dr U. _____ ne la rapporte pas malgré tous ses examens. Enfin l'affirmation d'une dépression avec idées de mort n'est pas plausible à 1 mois de notre examen SMR, et d'ailleurs en opposition avec les déclarations de stabilité du Dr L. _____. Veuillez noter que l'argumentation de la fatigue physique et de la faiblesse musculaire sont en opposition avec la description de la vie quotidienne : l'assuré conduit, part en vacances et surtout amène les enfants à l'école, à pied (accompagnement pour les trajets aller et retour de l'école 4f/j !), jardine et cultive, sa production suffisant à nourrir sa famille pendant toute l'année (!!) avec le jardin familial, situé à 15 minutes du domicile. Nous en restons donc à notre avis du 07.01.15 : CTAA 100 %.

[...] manifestement, il existe des éléments nouveaux sans rapport avec la situation antérieure : l'assuré est opéré le 11.03.15, et il existe des complications neurologiques dont une part relève du recours contre tiers (merci de prendre en compte cette situation et de bien vouloir transmettre). Pour l'autre part, il existerait une atteinte des nerfs périphériques au niveau de l'avant-bras G qui est nouvelle, puisque'elle n'existait pas selon notre ex. SMR du 05.11.14, voir précisément p7 (voir le détail). Actuellement, si l'IT est de 100 % dans un poste physique, elle reste de manière plausible de

100 % dans une AA monomanuelle, l'assuré ayant récupéré globalement son épaule G et le déficit actuel relevant plus de l'avant-bras et de la main G (compression neuro locale, l'assuré refusant de se faire opérer). *Sur le plan psy.*, il est fait état maintenant d'un TSD [trouble somatoforme douloureux] dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, sans que soi[en]t évoqué[es] les autres dates d'éventuels épisodes sur une année, ce qui est peu plausible par définition. De plus, un épisode moyen avec idées suicidaires n'est pas possible cliniquement. Dans tous les cas, l'affirmation d'un TSD, essentiellement du fait des complications neurologiques périphériques, appartiendrait, s'il est véritable, à une situation nouvelle, postérieure à la décision antérieure. Evidemment, cette situation nouvelle va nécessiter instruction (détermination de CT), et voire une nouvelle exp. neuro/rhumato/psy. Pour l'instant, nous en restons à la situation antérieure avant nouvelle demande ou aggravation + recours contre tiers. Merci de signaler l'inaptitude conduite au San en attendant au vu de cette situation afin que leur service médical le convoque. »

Le recourant a maintenu ses conclusions dans son écriture du 12 décembre 2016. Il soutient que l'OAI ne répond pas lui-même et se réfère simplement aux explications du SMR, dont la réponse est en partie biaisée dans la mesure où le SMR reçoit d'emblée comme mission de ne pas tenir compte des éléments médicaux postérieurs au 15 mai 2014. Il estime avoir démontré sur la base du rapport du Dr X. _____ du 12 janvier 2015 que le recourant souffrait d'un état dépressif sévère qui existait avant le 15 mai 2014. Il ajoute que le dernier rapport médical psychiatrique du 28 juin 2016 confirme cette atteinte et que contester l'existence d'un état dépressif au moment de la demande AI n'est donc pas justifié. Selon le recourant, les affirmations du SMR sont très stéréotypées, formalistes et sommaires sur l'incidence d'autres affections mentionnées, telles les pertes de force et de sensibilité, de neuropathie, de diabète, de reins et d'engourdissement des membres inférieurs, soit des affections qui peuvent clairement avoir des liens entre elles et qui peuvent expliquer l'état de santé général du patient. Il prétend que ces affections ne sont pas nouvelles, même si elles ont surtout été mises en évidence récemment et que vu que ce sont des affections qui ne se développent qu'après plusieurs années, leurs origines sont en tous les cas antérieures au dépôt de la demande AI. Il ajoute que le Dr U. _____, dans son courrier du 2 octobre 2015, mentionne que les problèmes du recourant auraient commencé avec son diabète. Il en déduit que le dossier montre ainsi que son état de santé lors du dépôt de la demande AI,

justifiait l'octroi d'une rente et que s'il fallait encore d'autres éléments pour le démontrer, l'expertise pluridisciplinaire, telle que demandée par le recourant, serait alors nécessaire.

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 des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande.

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

L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Cette dernière disposition énonce que 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.

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à

examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545

consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, qui reposait 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, en l'espèce la décision du 1^{er} juin 2006, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; TF 9C_107/2017 précité consid. 5.1).

Le juge des assurances sociales 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. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc, et les références ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010). Il

faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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 et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351, consid. 3a, et la référence citée; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. Selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références).

7. a) Au moment de la décision rendue le 1^{er} juin 2006, le Dr C._____ avait posé le 17 mars 2003 le diagnostic de lombosciatalgies gauches sur discopathie L5-S1 avec protrusions molle et dure médiane à para-médiane. Les plaintes et l'examen lui paraissant fiables, il a prolongé l'incapacité de travail d'une semaine, estimant que le recourant pourrait reprendre alors son travail. Le 10 mars 2004, le Dr I._____ a relevé que sur le plan objectif clinique et neurologique, il n'existait en tous cas aucune indication neurochirurgicale chez ce patient qui présentait un syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel en partie en voie de chronification avec radiculalgies frustes du membre inférieur gauche. Il conseillait la poursuite de traitements conservateurs et estimait que le recourant devrait probablement être recyclé sur le plan professionnel par l'intermédiaire de l'assurance-invalidité. Le Dr Z._____ également a considéré que toute activité à forte composante physique était contre-indiquée. Il a ainsi estimé à 40 % la capacité de travail dans l'activité habituelle alors que dans une activité à faible charge physique, la capacité de travail était entière. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité était de 10.42 %.

b) aa) Lors de la décision attaquée, le 15 mai 2014, il n'y avait aucun rapport sur le plan psychiatrique émanant d'un spécialiste. Ce n'est que postérieurement à cette décision, à partir du 6 juin 2014, que le recourant a consulté la Dresse W._____, qui a établi un rapport le 25 juin 2014 où elle pose le diagnostic de syndrome anxio-dépressif, avec des troubles du comportement, notamment de l'hétéro-agressivité, l'incapacité de travail étant totale. Elle estime toutefois que cet état perdure depuis au moins quatre mois, soit mars 2014. Même si l'on considérait que les conclusions de cette praticienne devaient être suivies, un droit à des prestations de l'AI ne pouvait naître au plus tôt qu'en mars 2015, soit postérieurement à la décision attaquée. Un tel trouble ne peut dès lors être pris en considération lors de la présente procédure. Au demeurant, à lire l'analyse détaillée du Dr Y._____ dans son rapport du 22 décembre 2014, selon lequel le status psychiatrique lors de l'examen ne met en évidence aucun signe ou symptôme de maladie, que ce soit sur le plan dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité, il semble que

l'épisode décrit par la Dresse W._____ était de courte durée. Le 28 juin 2016, soit plus de deux ans après la décision attaquée, la Dresse E._____ explique que le recourant, qui a subi plusieurs déchirures aux tendons et de multiples interventions chirurgicales, a pour séquelles un syndrome douloureux chronique. Elle mentionne des symptômes dépressifs qui pourraient justifier un trouble dépressif récurrent de type moyen, avec syndrome somatique. Toutefois, avant la décision litigieuse, le recourant n'avait pas subi les nombreuses interventions chirurgicales dont la Dresse E._____ fait état. Ainsi, même si l'on retenait les diagnostics posés par cette praticienne, on ne peut que constater qu'ils sont nettement postérieurs à la décision du 15 mai 2014. On relèvera au surplus que le syndrome douloureux chronique n'est pas démontré. Enfin, la Dresse E._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant.

En conséquence, aucune incapacité de travail ne peut être retenue sur le plan psychiatrique, pouvant ouvrir le droit à des prestations au moment où la décision attaquée a été rendue.

bb) Sur le plan somatique, le Dr X._____ posait le 6 juin 2013 les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies à bascule dans le territoire S1 des deux côtés et de diabète de type II depuis 2007. Il constatait que l'assuré était en bon état général et qu'il n'y avait pas de trouble neurologique, le reste de l'examen clinique n'étant pas contributif. Il a estimé que d'un point de vue médico-théorique, l'assuré pouvait avoir une activité légère à 50 % et devrait bénéficier d'un stage observationnel, le cas échéant, d'un reclassement professionnel. Le Dr L._____ a posé le 11 mars 2014 les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas, de déconditionnement physique global et de cervico-scapulalgies dans le contexte de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Dans son rapport du 16 mai 2014, il a estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était d'au moins 50 %, voire plus. Il a constaté le 7 avril 2014 que tant la radiographie lombaire qu'une nouvelle IRM n'avaient pas changé par rapport à l'imagerie de 2012 dès lors que

l'on voyait surtout une discopathie L5/S1 avec une lésion de type Modic II avec une déchirure annulaire à ce niveau et qu'il y avait aussi des troubles statiques avec ostéophytes en L2/L3 en paravertébral gauche. A la lecture de ces rapports, il n'y a pas, lors de la décision attaquée, d'éléments nouveaux par rapport à ceux objectivés en 2006 sur le plan rhumatologique en ce qui concerne les problèmes lombaires du recourant, comme le constate le Dr P._____.

S'agissant des troubles à l'épaule, ils ont été diagnostiqués pour la première fois par le Dr L._____ en mars 2014 qui mentionne des cervico-scapulalgies dans le contexte d'une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs. A la suite de celui-ci, des investigations ont été effectuées et ont révélé des déchirures de la coiffe des rotateurs. Ce diagnostic a été confirmé par les Drs H._____ et Y._____, qui ont également mentionné, en se fondant sur les arthro-IRM effectuées, une atteinte étendue et importante de la coiffe des rotateurs gauche touchant le subscapulaire, le sus-épineux et à droite une déchirure transfixiante moins importante du supra-épineux, mais une arthrose acromioclaviculaire marquée et une tendinite du long chef du biceps. Ils ont en outre relevé que la corrélation clinique était partielle lors de leur examen dans la mesure où il n'y avait pas de tendinite des deux muscles concernés à droite ni de douleurs marquées au testing de l'acromioclaviculaire droit. Dès lors, les Drs H._____ et Y._____ retiennent que l'aggravation de l'état de santé sur le plan ostéoarticulaire se situe au niveau de l'épaule gauche et, dans une moindre mesure, au niveau de l'épaule droite, en remarquant que la dégénérescence constatée au niveau de l'épaule gauche s'est façonnée sur des mois, voire des années, qu'elle n'a pas été relevée dans les consultations et que l'assuré ne s'en est pas plaint. C'est la raison pour laquelle, ils retiennent une aggravation depuis le 10 mars 2014, date du rapport du Dr L._____, l'activité d'aide-serrurier n'étant plus exigible, l'incapacité de travail étant totale dans cette activité, le recourant bénéficiant cependant d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, telle que celle exercée en dernier lieu.

Les conclusions des Drs H._____ et Y._____ quant à la date à partir de laquelle les troubles subis par le recourant aux épaules ont une influence sur sa capacité de travail doivent être suivies. Elles sont en effet fondées sur un examen détaillé du cas du recourant et aucun autre rapport médical ne les met en doute. Pour autant qu'une telle atteinte soit durable et qu'elle entraîne une perte de gain, elle ne pourrait ouvrir le droit à une rente que postérieurement à la décision du 15 mai 2014. Cette atteinte ne peut donc être prise en compte dans la présente procédure.

Quant au diabète de type 2, il a été uniquement rapporté par le Dr X._____. Aucune neuropathie diabétique n'est diagnostiquée. En particulier, le Dr U._____, malgré tous les examens effectués, ne retient pas ce diagnostic. Les autres troubles neurologiques dont il est fait état ne sont apparus que largement après la décision du 15 mai 2014. En effet, aucun médecin ne les a signalés auparavant et les Drs H._____ et Y._____ n'en n'ont pas constaté non plus en décembre 2014.

Enfin, le recourant a souffert d'une insuffisance rénale aiguë sur AINS en 2001. On ne sache pas que cette affection ait une influence sur sa capacité de travail depuis lors.

cc) Au vu de ce qui précède, force est de constater que lors de la décision attaquée, aucune aggravation de l'état de santé du recourant modifiant son droit à une rente ne peut être retenue.

C'est ainsi à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

c) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2). La requête du recourant en ce sens doit dès lors être rejetée.

d) On relèvera enfin que l'OAI n'ayant pas statué sur le droit aux prestations pour la période postérieure au 15 mai 2014, les allégations du recourant et les documents médicaux qu'il a produits et qui ont été établis après cette date justifient néanmoins de considérer que l'intimé est valablement saisi d'une nouvelle demande.

En ce qui concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi que le droit aux prestations pour la période postérieure au 15 mai 2014, la cause sera transmise à l'OAI comme objet de sa compétence.

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

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

c) Les frais de justice, d'un montant de 400 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD).

d) Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Renaud Lattion. Me Lattion a produit le 29 novembre 2017 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 23 heures 20 au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) et les débours fixés à 62 francs. Compte tenu de la TVA au taux de 8 %, cela représente un montant total de 4'602 fr. 95 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

e) L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires

et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**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 15 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** En ce qui concerne le droit aux mesures d'ordre professionnel ainsi que le droit aux autres prestations pour la période postérieure à la décision du 15 mai 2014, la cause est transmise à l'OAI comme objet de sa compétence.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T._____.
- V.** L'indemnité d'office de Me Renaud Lattion, conseil du recourant T._____, est arrêtée à 4'602 fr. 95 (quatre mille six cent deux francs et nonante-cinq centimes), TVA comprise.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VII.** 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 :

- Me Renaud Lattion (pour le recourant),
- 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 :