

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28a al. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), originaire du [...] né le [...], est arrivé en Suisse en [...] ; il a acquis la nationalité suisse en [...]. Sans formation professionnelle, il a travaillé depuis 1990 comme ouvrier d'usine pour la société J._____.

En totale incapacité de travail depuis le 30 mai 2006, l'assuré a déposé une première demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 22 septembre 2006, en raison de douleurs cervicales et dorsales prévalant depuis plusieurs années et d'une hernie discale cervicale diagnostiquée en 2006.

Dans un rapport du 8 novembre 2006 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervico-scapulalgies bilatérales à prédominance gauche d'origine plurifactorielle depuis janvier 2006, liées à une surcharge mécanique chronique professionnelle. Il n'a par contre attribué aucune répercussion sur la capacité de travail à l'hypercholestérolémie prévalant depuis 2006 ainsi qu'au status après meniscectomie interne partielle du genou gauche en 1996. Le Dr N._____ a fait état d'une évolution défavorable, estimant que plus aucune activité n'était exigible en raison de l'atteinte à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs, les mesures professionnelles lui semblant au demeurant « indiquées », mais « peu réalistes ». Le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail du 9 janvier au 23 février 2006, puis dès le 30 mai 2006, pour une durée indéterminée.

Le 13 février 2007, répondant à une demande de l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué ce qui suit :

« Je n'ai vu ce patient qu'à une seule reprise, à la demande de son médecin traitant, le 5.4.2006. Il présentait alors des cervico-scapulalgies bilatérales à prédominance gauche, clairement en relation avec son activité professionnelle. En effet, il travaille depuis 17 ans dans une entreprise de ferraille où il soulève de nombreuses charges jusqu'à 3 à 5 tonnes par jour.

Lors du consilium du 5.4.2006, sur la base de mon examen clinique et d'un US [ultrason] de l'épaule, je conclusais à des cervico-scapulalgies multifactorielles sur troubles dégénératifs cervicaux débutants, un status après exérèse d'une tumeur bénigne de C7 gauche et arthropathie acromio-claviculaire gauche. J'ai pragmatiquement infiltré l'articulation acromio-claviculaire avec une amp. [ampoule] de Diprophos et prescrit un arrêt de travail de 3 jours.

Je n'ai par la suite plus jamais revu le patient et ne sais dès lors comment a évolué son affection ni quelles ont été les répercussions sur l'incapacité de travail. A signaler néanmoins que lors du consilium, le patient n'avait jamais interrompu de façon durable sa profession ».

L'OAI a mis en œuvre une expertise, qu'il a confiée au Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Dans son rapport du 23 octobre 2007, l'expert a retenu les diagnostics de cervico-scapulo-brachialgies droites dans un contexte de syndrome douloureux persistant, de hernie discale C5-C6 et discopathie C6-C7 ainsi que d'hypercholestérolémie. Le Dr H. _____ a estimé à 50% la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, compte tenu de sa diminution de rendement. Par contre, dans une activité légère, excluant le port de charges excédant 15 kg et les mouvements répétitifs de la nuque, sa capacité de travail restait entière. L'expert a eu outre relevé que l'examen clinique avait été largement perturbé par des signes de surcharges comportementaux alliant exagération de la réponse verbale, projection non-anatomique de la douleur, mouvements de contrepulsions et oppositions actives de l'assuré, non-reproductibles en fonction de son degré d'attention pour ce qui concernait l'évaluation de la nuque et du haut du corps. Les symptômes allégués par l'expertisé dépassaient largement le cadre de cervico-brachialgies simples dans un contexte disco-dégénératif modéré, la présence de nombreux signes de surcharges comportementaux à l'examen clinique restant évocatrice d'un syndrome douloureux persistant. Toujours selon le Dr H. _____, des mesures professionnelles semblaient vouées à l'échec, l'assuré mettant en avant l'impossibilité pour lui

d'envisager la reprise d'une activité professionnelle quelconque en raison de ses douleurs, élément subjectif ne pouvant toutefois être intégré à l'appréciation objective de sa capacité de travail.

Compte tenu de l'évocation par le Dr H. _____ d'un syndrome douloureux persistant, et sur avis du 14 janvier 2008 du Dr C. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), l'OAI a ordonné un examen psychiatrique auprès du SMR. Dans son rapport du 25 février 2008, la Dresse M. _____, psychiatre et médecin auprès du SMR, n'a retenu aucun diagnostic d'ordre psychiatrique. Elle a estimé que les différents critères permettant de conclure à un syndrome douloureux n'étaient pas réunis : l'assuré ne présentait notamment aucun sentiment de détresse, ses plaintes douloureuses avaient été discrètes durant l'entretien et il reconnaissait qu'il pourrait travailler à plein temps dans une activité adaptée, par exemple assis, dans une usine. En définitive, sur le plan psychiatrique, l'assuré conservait une totale capacité de travail, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par décision du 29 octobre 2008, se fondant sur l'avis du 3 mars 2008 du Dr C. _____ du SMR, l'OAI a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'ouvrier d'usine. Par contre, dans une activité adaptée - ne nécessitant ni mouvements répétitifs impliquant la nuque, ni travaux lourds, ni port de charges supérieures à 15 kg - l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail depuis mai 2006. L'OAI a arrêté le salaire sans invalidité à 60'756 fr. et le revenu d'invalidité à 54'130 fr., compte tenu d'un taux d'abattement de 10% accordé en raison des limitations fonctionnelles affectant l'assuré. La comparaison de ces revenus mettait en évidence un taux d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'OAI a ainsi rejeté la demande de rente de l'assuré. L'office a également estimé que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Cette décision n'a pas été contestée, de sorte qu'elle est entrée en force. Par communication du 9 décembre 2008, l'assuré a été mis au

bénéfice d'une aide au placement de l'AI, à laquelle il a été mis fin le 13 novembre 2009, l'assuré s'estimant incapable de reprendre une activité professionnelle et ne procédant plus à la recherche d'un emploi.

B. Le 26 octobre 2010, par l'entremise de l'avocat Philippe Nordmann, Z._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, arguant d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de sa requête, l'assuré a produit un certificat du 11 octobre 2010 du Dr N._____, retenant des cervico-scapulalgies droites dans un contexte de hernie discale C5-C6 et de discopathies C6-C7. Le médecin traitant faisait état d'une affection rhumatologique chronique à pronostic « réservé définitivement », induisant une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, laquelle ne devrait pas exiger de mobilisation ni de charge au niveau du membre supérieur droit. Selon l'assuré, ce certificat dénotait d'une aggravation, dans la mesure où, d'une part, il faisait état d'une chronicité, et d'autre part, il mentionnait une nouvelle limitation fonctionnelle affectant le bras droit, rendant selon lui inadaptée toute activité en usine ou en atelier.

Dans un avis du 16 novembre 2010, le Dr G._____, médecin au SMR, a estimé que le Dr N._____ n'avait émis qu'une appréciation différente d'un état clinique resté inchangé. Il n'avait par contre apporté aucun élément objectif constitutif d'une aggravation de l'état de santé de son patient, le diagnostic et les limitations fonctionnelles restant inchangés.

Par projet de décision du 7 décembre 2010, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision.

En réponse aux observations formulées le 24 janvier 2011 par l'assuré à l'encontre de ce projet, lequel soutenait qu'il n'existait aucune activité respectant ses limitations fonctionnelles, l'OAI a demandé à son service de réadaptation de fournir des exemples d'activités adaptées.

Dans une communication du 12 mai 2011, ledit service a cité à titre d'exemple les activités d'ouvrier opérateur (assemblage de prises et de fiches, contrôle qualité, suivi de la production, emballage de pièces), de programmeur (programmation des centres d'usinage, production et contrôle de pièces) et d'opérateur dans l'industrie légère (contrôle visuel et dimensionnel des pièces, changement des outils de coupe, participation à la mise en train de machines).

Se fondant sur l'avis de son SMR du 1^{er} février 2011, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande du 26 octobre 2010 par décision du 31 mai 2011, laquelle est entrée en force faute de contestation.

C. Le 3 juin 2013, toujours par l'intermédiaire de Me Nordmann, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état de santé s'était détérioré, dans le sens d'une totale et durable incapacité de travail, soutenant au demeurant que son invalidité devait également être admise compte tenu de son âge et du fait qu'aucune reconversion n'était envisageable compte tenu de son profil exclusivement manuel. A l'appui de sa nouvelle demande, l'assuré a produit une liasse de documents, parmi lesquels :

- un rapport d'IRM et RX de la colonne cervicale du 2 octobre 2012 du Dr E. _____, spécialiste en radiologie auprès de l'L. _____, concluant à une péjoration de la discopathie C5-C6 avec rétrécissement à présent significatif du canal rachidien et apparition d'une hernie récessale gauche en contact avec la racine C6, pouvant correspondre à la clinique,
- un rapport du 22 octobre 2012 du Dr R. _____, neurologue, faisant état des éléments suivants :

« Diagnostic

Cervico-brachialgie gauche atypique (corrélation douteuse avec l'hernie discale C5/C6).

Proposition

- Poursuite du traitement conservateur (médicamenteux et physiothérapeutique), à renforcer éventuellement par un traitement de fond de la douleur comme du Tryptizol en monodose vespérale dans l'ordre de 50-75 mg/soir à atteindre progressivement.

- Prise d'un avis complémentaire de médecine physique et rééducation en cas d'évolution difficile, voire présentation à une consultation spécialisée de la douleur.
- Surveillance IRM du canal cervical en train de se rétrécir, avec un prochain contrôle dans environ 12 mois.

Commentaires

- Patient aux antécédents déjà assez complexes, ne travaillant plus depuis plusieurs années suite à des cervico-scapulalgies bilatérales chroniques d'origine incomplètement élucidée si j'ai bien compris.

- Depuis quelques mois, le patient remarque une intensification des douleurs cervico-scapulaires gauches, et décrit un engourdissement et une sensation de tiraillement dans les quatre doigts longs de sa main gauche subcontinue, l'empoignement de certains objets étant vécu comme désagréable voire douloureux, et s'accompagnant de douleurs qu'il sent à l'intérieur de son bras et de son avant-bras. Le tout n'a cependant pas de lien évident avec les mouvements de rotation/flexion ou inclinaison de la nuque.

- **Au status**, peu de choses évidentes à constater du point de vue neurologique : discrète hypo/dyesthésie tacto-algésique pulpaire des doigts II à V gauches, signe de Tinnel négatif en regard du tunnel carpien et du canal de Guyon ainsi que de la gouttière épitrochléenne. Nuque sensible à la mobilisation sans irradiation de dyesthésies vers les extrémités.

Testing musculaire difficile en raison de nombreux lâchages antalgiques, toutefois pas de paralysie franche d'emblée évidente, aucune atrophie, périmètre du bras 29 cm ddc [des deux côtés]. ROT [réflexes ostéo-tendineux] faibles et symétriques, cutanés plantaires en flexion ddc [des deux côtés].

- **EMG** normal, notamment sans signes électrophysiologiques de radiculopathie C6 gauche, ni argument pour un syndrome du tunnel carpien.

- **Au total**, la présente évaluation électroclinique me laisse dubitatif : certes notre patient, au vu de la récente IRM cervicale (2.10 L. _____ [L. _____]) qui montre une péjoration de la discopathie C5/C6 connue avec à présent une hernie récessale gauche en contact avec la racine C6, a d'assez bonnes raisons de présenter des cervico-scapulalgies ; toutefois, le trajet d'irradiation décrit vers le MS [membre supérieur] gauche ainsi que les symptômes neurologiques décrits à ce niveau - difficilement objectivables au status et sans reflet électrophysiologique - n'ont pas les caractéristiques d'une radiculopathie C6 évidente si bien que je doute de la corrélation radioclinique.

Par conséquent, il n'y a certainement pas d'indication neurochirurgicale pour le moment, même si la sténose cervicale en train de se préparer mérite une surveillance IRM à distance. Dans l'immédiat par contre, je ne vois guère d'autre possibilité que de tenter d'intensifier au maximum le traitement conservateur (voir proposition détaillée ci-dessus). »

- un courrier du Dr N. _____ du 26 février 2013 à l'attention de Me Nordmann, relevant notamment les éléments suivants :

« En effet, M. Z. _____ présente toujours des cervico-brachialgies gauches, en rapport avec une hernie discale récessale gauche C5-C6, en péjoration par rapport à la dernière IRM de mars 2009, en contact avec la racine C6.

Cette péjoration radiologique a justifié l'organisation d'un nouveau contrôle neurologique chez le Dr R. _____, qui a été réalisé le 18.10.2012. La corrélation radio-clinique est considérée comme

douteuse par le radiologue, qui conclut à l'absence d'indication neuro-chirurgicale pour le moment. Proposition est faite d'intensifier au maximum le traitement conservateur (cf. rapport ci-joint).

Fin octobre 2012, un traitement médicamenteux anti-douleurs a été entrepris, supplémentaires à base de Saroten Retard, puis Tryptizol 10mg, avec réponse en cours d'évaluation.

Sur le plan pratique, cette affection limite certainement les activités au niveau du MSG [membre supérieur gauche], aspect dont il faut tenir compte en cas de proposition concernant une éventuelle réorientation professionnelle »,

- un courrier du 3 mai 2013 du Dr N. _____ répondant aux questions de Me Nordmann en ces termes :

« Question A [*La description des symptômes faite par le patient (des douleurs, un engourdissement et une sensation de tiraillement dans les 4 doigts longs de la main gauche subcontinue, l'empoignement de certains objets vécu comme désagréable voire douloureux), peut-elle être à votre avis mise en corrélation avec la sténose cervicale ?*] :

La description des symptômes faite par le patient peut à mon avis être corrélée à la sténose cervicale, mais les arguments objectifs sont incertains, car les images ne montrent pas de compression, notamment du côté de l'émergence de la racine C6 possiblement incriminée. Cependant, d'un point de vue médico-théorique, la symptomatologie peut être reliée au rétrécissement du canal rachidien et à la hernie récessale G [gauche] en contact avec la racine C6. Il appartient cependant au neurologue spécialiste de mesurer et quantifier cette corrélation avec ses moyens spécifiques. L'absence d'indication neuro-chirurgicale reflète l'absence d'atteinte neurologique déficitaire mesurable mais n'exclut pas la corrélation elle-même.

Question B [*Les traitements conservateurs (antidouleurs) pourraient-ils être allégés ou stoppés en l'état actuel de M. Z. _____ ?*] :

Les traitements conservateurs, notamment antalgiques, ne peuvent pas être allégés ou stoppés, car la symptomatologie est toujours importante.

Question C [*Pensez-vous que M. Z. _____, âgé de 6[...] ans, puisse envisager une reconversion vers une profession épargnant le MSG (membre supérieur gauche) ? Vu son âge et le fait qu'il est un manuel, une telle profession existe-t-elle ?*]

Une reconversion vers une profession épargnant le membre supérieur G [gauche] paraît difficile à envisager pour Monsieur Z. _____, âgé de 6[...] ans. Par ailleurs une telle profession n'existe probablement pas. »

Le 9 juillet 2013, l'assuré a transmis à l'OAI un formulaire de demande de prestations AI dûment complété, aux termes duquel il a fait état d'une « *augmentation, de jour en jour, de la détérioration corporelle due à la maladie qui s'aggrave* ».

Dans un avis du 13 septembre 2013, le Dr W._____, médecin au SMR, a relevé que l'imagerie montrait un rétrécissement significatif du canal rachidien, en péjoration depuis 2009, justifiant d'entrer en matière sur la demande subséquente de l'assuré et d'instruire son cas.

Renseignant l'OAI par le biais d'un rapport du 2 décembre 2013, le Dr N._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervicobrachialgies gauches sur hernie discale C5-C6 gauche, depuis octobre 2012. Ce médecin a attesté une totale incapacité de travail prévalant depuis le 30 mai 2006, pour une durée indéterminée. Toujours selon le médecin traitant, l'activité habituelle n'était plus exigible en raison de l'impotence des membres supérieurs ; des mesures de réadaptation professionnelle avaient déjà été tentées sans succès et aucune reprise ou amélioration de la capacité de travail ne pouvait être attendue. Le Dr N._____ a produit le rapport d'IRM et RX de la colonne cervicale du 2 octobre 2012 du Dr E._____ et le rapport du 22 octobre 2012 du Dr R._____, tous deux déjà en possession de l'OAI, ainsi que le rapport d'EMG du membre supérieur gauche du 18 octobre 2012 du Dr R._____, ne dénotant aucune anomalie.

Dans un avis du 20 février 2014, le Dr W._____ du SMR a confirmé la présence d'une aggravation radiologique des lésions cervicales dégénératives, relevant toutefois que la corrélation entre l'imagerie et la clinique était douteuse. Le médecin a dès lors proposé la mise en œuvre d'une expertise, laquelle a été confiée au Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 24 mars 2014, le Dr V._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- instabilité de l'articulation acromio-claviculaire droite dans le plan frontal (diagnostic posé le 24 mars 2014),
- instabilité du pivot central des deux genoux (diagnostic posé le 24 mars 2014),

- hernie discale C5/C6 et C6/C7 sans compression radiculaire avec uncarthrose (diagnostic posé par résonance magnétique du rachis cervical du 25 octobre 2012).

L'expert n'a par contre attribué aucun effet incapacitant à la sténose canalaire C5/C6, au status post lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche par entorse en août 1996, au status post régulation des lésions méniscales par voie arthroscopique le 27 août 1996 et au status post exérèse de tumeur bénigne en regard de C7 gauche en 1981.

S'agissant de l'évolution de la maladie, le Dr V._____ a relevé les éléments suivants :

« L'assuré est droitier prédominant.

On est frappé, lors de la lecture attentive du dossier médical, par le fait que le côté douloureux de l'assuré varie selon la date des rapports.

Selon le médecin traitant, dans son rapport à l'Office, en date du 08.11.06, le côté gauche est lésé alors que l'assuré affirme qu'il s'agit du droit lors de l'expertise du 23.10.07. Cette discordance est clairement mise en exergue par l'expert dans son rapport. Le côté droit est à nouveau incriminé, quatre ans plus tard, dans le certificat du médecin de famille daté du 11.10.10, comme dans un courrier de son avocat à l'Office en date du 26.10.10. On y relève donc une discordance.

A partir du mois d'octobre 2012, le côté lésé devient le gauche. En particulier, l'examen électro-neuro-myographique réalisé par le médecin neurologue porte sur le membre supérieur gauche. Depuis cette date, dans la documentation à disposition, le côté gauche est celui qui est lésé de façon prédominante. Au jour de l'expertise, le côté lésé est le gauche. L'assuré confirme clairement le changement de côté de la douleur ».

Au titre de l'appréciation du cas et du pronostic, le Dr V._____ s'est exprimé en ces termes :

« (...)

Etude du rachis cervical :

On rappelle que l'assuré a bénéficié, selon la documentation à disposition, mais sans posséder le rapport opératoire, de l'ablation d'une tumeur, certainement sous-cutanée et probablement bénigne, en regard de la 7^{ème} vertèbre cervicale, selon une voie d'abord postérieure légèrement paramédiane gauche. L'étude par imagerie par résonance magnétique du rachis cervical avec injection de produit de contraste du 26.01.06 ne montre pas d'anomalie au niveau du site d'exérèse

tumorale, selon le rapport du radiologue, l'assuré n'ayant pas apporté cette imagerie à l'expert. En raison de sa situation superficielle et ne relevant pas d'anomalie à l'imagerie ni de modification clinique, une récurrence tumorale n'est pas de nature à être retenue comme étant à l'origine des douleurs ni surtout des irradiations à prédominance scapulaire et brachiale à l'époque, ni actuellement. On précise que le défaut de remplissage sous-cutané est très fréquent dans les suites de cette chirurgie. Il n'est pas de nature à induire une symptomatologie douloureuse, surtout aussi étendue.

Le même rapport relève la présence d'une hernie discale C5/C6 gauche pouvant irriter la racine C6 gauche, associée à une protrusion discale en C6/C7. La description de la symptomatologie relevée dans les documents n'est pas compatible avec une compression radiculaire surtout en raison de la localisation gauche et non médiane ou paramédiane de la hernie. Une pathologie de l'articulation acromio-claviculaire droite est relevée et bénéficie d'une infiltration à visée antalgique. C'est donc logiquement, dans son travail du 23.10.07, que l'expert retient le diagnostic de cervico-scapulalgies droites associées à une hernie discale C5/C6 et discopathie C6/C7. La notion, évoquée, par le même expert, de syndrome douloureux persistant est récusée par le médecin psychiatre. On note avec intérêt que les traitements anti-inflammatoires et antalgiques sont alors stoppés. Des signes de surcharges comportementaux sont relevés par l'expert. La capacité de travail retenue dans l'activité habituelle est de 50 % et de 100 % dans une activité adaptée.

A partir de 2012, comme le confirme l'assuré, la symptomatologie prédomine désormais du côté gauche. Dans les rapports médicaux apparaît alors la notion d'une cervicobrachialgie gauche. Il semble donc qu'une compression radiculaire soit envisagée. Le 02.10.12, une nouvelle résonance magnétique du rachis cervical est effectuée. De son indication on retient l'apparition de parésie, de localisation non indiquée et de paresthésies, non relevées jusqu'alors. Il existe, selon le rapport du radiologue, une péjoration de la hernie discale C5/C6 qui devient récessale avec accentuation de l'empreinte sur le fourreau dural et rétrécissement important et stationnaire des foramens C5/C6/C7 droits et C6/C7 gauche sur une discrète uncarthrose. Il est conclu à une sténose canalaire en C5/C6 et à une hernie récessale C5/C6 gauche en contact avec la racine C6 gauche. On relève avec intérêt la notion de contact et non de compression radiculaire. Un examen électro-neuro-physiologique du membre supérieur gauche, réalisé le 18.10.12, est normal. L'appréciation du médecin neurologue est celle de cervico-brachialgie gauche atypique, avec une corrélation douteuse avec la hernie discale C5/C6. Cliniquement, une hypodysesthésie tactoalgésique pulpaire des doigts II à V gauches isolée, sans parésie, est relevée à l'examen neurologique. La poursuite du traitement médical conservateur est recommandée. Selon l'assuré, depuis cette date, la situation est inchangée, voire aggravée.

Au jour de l'expertise, la symptomatologie neurologique est totalement modifiée, par rapport aux résultats de l'examen du médecin neurologue en date du 18.10.12. En effet, la sensibilité tactile épicroticienne superficielle est déficitaire du côté controlatéral, à savoir droit. Le membre déficitaire est donc inversé. Le déficit sensitif digital gauche a disparu. Mais le déficit décrit ne relève pas de la systématisation anatomique, de par sa localisation diffuse brachiale et antébrachiale et ne lésant pas les territoires digitaux, du poignet et de la main droits. Il n'existe pas de signe d'irritation ou déficitaire radiculaire. L'imagerie par

résonance magnétique native du rachis cervical du 05.02.14 [du Dr. S. _____] est inchangée par rapport à celle du 25.10.12. De plus, la prédominance récessale gauche de la lésion discale est incompatible avec un déficit sensitif droit. Le diagnostic de hernie discale C5/C6 est donc de trouvaille radiologique, tout comme celui de discopathie C6/C7. Il ne peut donc pas être retenu comme étant à l'origine de l'ensemble de la symptomatologie clinique présenté par l'assuré. La composante uncarthrosique en C5/C6 et C6/C7 associée à la maladie discale est une source de cervicalgies. On retient donc les limitations fonctionnelles y relatives. Le pronostic est bon en raison du peu d'évolution. Le traitement est conservateur. Aucune indication chirurgicale n'est retenue ce jour.

Il convient donc d'examiner le dernier élément significatif relevé à l'imagerie. Il s'agit d'une sténose canalaire mixte C5/C6. Comme de bonne pratique, il faut rechercher les signes cliniques de ce rétrécissement canalaire. Au jour de l'expertise, il n'en est pas retrouvé. Il n'existe pas, en effet, de modification de la motricité, pas de signe d'atteinte de la voie pyramidale aux membres supérieurs comme inférieurs, pas de modification des réflexes ostéotendineux, pas de signes sphinctériens, pas de signe de Lhermitte direct ou inverse, pas de clonus. Ici encore le diagnostic de sténose canalaire est un diagnostic d'imagerie. La sténose canalaire n'est pas responsable de l'ensemble de la symptomatologie présenté par l'assuré. Il convient néanmoins d'en tenir compte, lors de l'exercice d'une profession, dans le sens où il convient de ne pas placer l'assuré dans un milieu à risque, pouvant induire un traumatisme rachidien cervical. Le pronostic est bon en raison du peu d'évolution. Une surveillance clinico-radiologique s'impose. Aucune indication chirurgicale n'est retenue ce jour.

Etude des épaules

Les amplitudes articulaires des deux épaules sont dans les limites de la norme. Il n'existe pas de point d'appel clinique de la coiffe des rotateurs, que ce soit à gauche ou à droite. Les signes de conflit sont également absents des deux côtés. Les épaules sont stables et indolores. Il n'est pas retenu de pathologie au niveau des articulations scapulo-humérales, droite et gauche.

Il existe une pathologie de l'articulation acromio-claviculaire droite déjà relevée dans le rapport du médecin rhumatologue en date du 07.04.06. Il s'agit d'une instabilité dans le plan frontal. Les limitations fonctionnelles y relatives sont retenues chez cet assuré droitier prédominant. Il convient d'en réaliser l'exploration radiologique usuelle afin d'en déterminer les critères et de débiter une physiothérapie de stabilisation. L'imagerie aidera à poser les autres indications thérapeutiques.

Les autres diagnostics différentiels

Il n'existe pas de signe en faveur d'un syndrome des défilés cervico-thoraciques ou des scalènes. Il n'est pas retrouvé de signes en faveur d'une pathologie musculaire, ni vasculaire. Il n'y a pas d'adénopathie latéro-cervicale et du creux sus-claviculaire ou d'anomalie cutanée.

Par ailleurs, il existe une pathologie des deux genoux.

Il s'agit d'une instabilité du pivot central, marquée par une instabilité bilatérale du ligament croisé antérieur. On retient les limitations fonctionnelles y relatives. Il convient de débiter une physiothérapie

spécifique de stabilisation des deux genoux. L'indication opératoire, au vu de l'âge et de la demande physique de l'assuré, n'est pas retenue au jour de l'expertise. Le pronostic est réservé en raison du potentiel arthrogène de cette lésion.

Il convient enfin de relever des signes de discordance.

La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est impossible des deux côtés par manque de force allégué et par la présence des cervicalgies. De façon quelque peu surprenante, en fin d'expertise, l'assuré quitte le tapis de sol d'examen en marchant spontanément sur les talons avant de se rechausser. Les amplitudes d'examen du rachis cervical, considérablement diminuées, contrastent fortement avec celles observées lors du déshabillage et lors de l'ablation des chaussettes en position assise. Il en est de même pour le rachis thoracique et lombaire.

Il existe des signes d'amplification des plaintes.

La force des membres supérieurs est dans la limite de la norme, malgré quelques tentatives du patient de ne pas effectuer d'ordres simples de contraction musculaire, pouvant faire croire à une parésie. La recherche des réflexes ostéotendineux aux membres supérieurs est difficile en raison du manque de coopération de l'assuré qui s'oppose aux manoeuvres. La flexion dorsale, limitée, du pied gauche entraîne des cervicalgies.

Il existe des signes d'exagération.

Le choc du marteau à réflexe pédiatrique sur le doigt de l'expert posé sur l'apophyse styloïde droite arrache des cris au patient, en décubitus, en raison de l'apparition des cervicalgies controlatérales. Il en est de même pour l'étude de la force musculaire pour laquelle le patient semble ne plus pouvoir écarter ou serrer les doigts. On rappelle que dans son expertise, le médecin rhumatologue avait déjà relevé des signes de surcharges comportementaux et que les mesures de reconversion professionnelles semblaient vouées à l'échec, en 2008.

En conclusion, il existe une pathologie dégénérative rachidienne cervicale C5/C6 et C6/C7 associée à une sténose canalaire C5/C6. Seule la composante dégénérative de ces lésions, associées à une instabilité de l'articulation acromio-claviculaire droite dans le seul plan frontal, peuvent être retenues comme pathologie invalidante, en association avec l'instabilité ligamentaire des deux genoux. Il convient de prendre connaissance de la présence de signes de discordance et d'amplification des plaintes dans le choix des mesures de réadaptation professionnelles, avec une motivation à la reprise du travail qualifiée de « partielle » en 2006 avec des « mesures de réadaptation semblant être vouées à l'échec » en 2008. Enfin l'assuré déclare ce jour ne plus pouvoir travailler et désirer obtenir une rente de l'Assurance Invalidité ».

Se prononçant sur les limitations fonctionnelles, le Dr V. _____ a encore indiqué ce qui suit :

« De façon générale, le lieu de travail ne doit pas être à risque élevé de traumatisme rachidien cervical. On évitera donc les chantiers de construction, les travaux sur les lieux élevés (échelles, échafaudages) ou

dans les fouilles. Il convient de ne pas porter de charges de plus de 5kg, ni de les tirer ou les pousser, en particulier au-dessus du niveau des épaules. La marche prolongée et répétitive est limitée à 500m et doit éviter les terrains irréguliers ou en pente, comme la montée ou la descente régulière des escaliers. La manipulation de substances dangereuses est interdite. On choisit donc une profession semi-sédentaire ».

Le Dr V._____ a estimé que la profession habituelle n'était plus exigible, mais que dans le cadre d'une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement. Les activités d'ouvrier opérateur, de programmeur ou d'opérateur dans l'industrie légère, telles que données en exemple par les spécialistes en réadaptation de l'AI, étaient à son avis bien adaptées aux limitations fonctionnelles. Enfin, des mesures de réadaptation professionnelle étaient immédiatement envisageables, l'expert rappelant toutefois que l'assuré avait signifié qu'il ne s'estimait pas capable de travailler et qu'il souhaitait obtenir une rente de l'AI.

Dans un avis du SMR du 8 avril 2014, le Dr W._____ a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr V._____, dont il a fait siennes les conclusions.

Se prononçant à son tour le 16 juin 2014, le service juridique de l'OAI a relevé les éléments suivants :

« Nous sommes au stade de la troisième demande. Une expertise rhumatologique est mise sur pied. Des conclusions de l'expert, il y a bien une aggravation. Le SMR n'est pas en mesure de la dater de manière précise. Nous savons cependant que cette aggravation n'a qu'une répercussion négative sur la CT [capacité de travail] que dans l'activité habituelle qui passe de 50% à 0%. Dans une activité adaptée, la CT [capacité de travail] est toujours de 100%.

Dans la mesure où cette CT [capacité de travail] de 100% est exigible depuis toujours, soit depuis 2006, l'exigibilité d'un changement d'activité était bel et bien présente depuis de nombreuses années, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'appliquer la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite.

Par ailleurs, les limitations fonctionnelles, en dépit de l'aggravation de l'état de santé, semblent sensiblement les mêmes.

Expertise de 2014 : Eviter les chantiers de construction - les travaux sur les lieux élevés (échafaudages) ou dans les fouilles - pas de port de charge de plus de 5 kg, ni de les tirer ou les pousser en particulier en dessus du niveau des épaules. La marche prolongée et répétitive est limitée à 500 m - l'assuré doit éviter les terrains

irréguliers ou en pente - pas de manipulation de substances dangereuses - activité semi-sédentaire.

Expertise de 2007 : Pas de mouvements répétitifs impliquant la nuque, travaux lourds, ports de charges supérieures à 15 kg.

Merci de voir avec la REA :

Les activités proposées à l'époque (voir note du 12.05.2011) sont-elles toujours compatibles avec les limitations données par l'expert en 2014. Si tel est le cas, il n'y aura pas lieu de modifier le calcul et il conviendra de faire un projet de décision de refus sur la même base.

S'agissant de la date précise de l'aggravation, en l'état du dossier, il ne nous paraît pas nécessaire de la fixer de manière plus précise».

Dans une note du 27 octobre 2014, les spécialistes en réadaptation de l'OAI ont indiqué que les activités mentionnées dans leur avis du 12 mai 2011 étaient toujours adaptées, malgré les nouvelles limitations fonctionnelles, qui ne changeaient pas beaucoup de celles déjà connues.

Par projet de décision du 10 novembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles qu'ouvrier opérateur ou programmeur et opérateur dans l'industrie légère. Le préjudice économique de 10% arrêté dans la décision de refus de rente du 29 octobre 2008 était toujours d'actualité et ne permettait pas l'octroi d'une rente d'invalidité.

Réagissant au projet précité par l'entremise de son conseil dans un courrier du 24 novembre 2014, l'assuré a contesté l'appréciation de sa capacité de travail par l'OAI, la jugeant « totalement irréaliste et utopique ». Les exemples d'activités retenus par l'expertise V._____ ne constituaient en outre selon lui que des activités théoriques de substitution, dont rien ne permettait de conclure qu'elles lui seraient accessibles, rappelant au demeurant que les possibilités irréalistes de travail devraient être écartées. Insistant sur le fait qu'il se trouvait à la veille de ses 64 ans et que, sans formation, il avait exercé toute sa vie un métier pénible, l'assuré a fait valoir qu'on ne pouvait exiger de lui qu'il se réadapte par lui-même, ajoutant que toute formation, pour autant qu'elle

soit possible, le porterait à la veille de ses 65 ans. Cela étant, il estimait avoir droit au versement d'une rente AI.

Par décision du 19 février 2015, l'OAI a confirmé son projet de refus de rente du 10 novembre 2014. Dans un courrier explicatif du même jour faisant partie intégrante de la décision précitée, l'office a fait valoir que les seuls éléments nouveaux étaient l'écoulement du temps et l'augmentation de l'âge de l'assuré, ces facteurs étant étrangers à l'invalidité et ne justifiant pas de revoir le taux d'invalidité déterminé précédemment. Les limitations fonctionnelles étaient restées pratiquement les mêmes, en dépit de l'aggravation de santé constatée. Relevant que la capacité de travail de l'intéressé était entière depuis 2006 déjà, l'OAI a retenu que l'exigibilité d'un changement d'activité existait depuis de nombreuses années, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite.

D. Par acte du 11 mars 2015, toujours représenté par Me Nordmann, Z. _____ a recouru à l'encontre de la décision du 19 février 2015 de l'OAI auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité « à la date que justice dira ». Le recourant estime que les activités de programmeur ou d'opérateur nécessitent des connaissances qu'il n'a pas, et qu'il ne pourrait au demeurant pas acquérir, toute réadaptation étant exclue au vu de son âge et de son bas niveau de formation. Il conteste en outre que la question de l'exigibilité soit examinée en référence à 2008, son cas relevant d'une nouvelle demande, et non d'un cas de révision. En tout état de cause, même dans le cas d'une révision, le recourant estime, citations de jurisprudence fédérale à l'appui (TF 8C_237/2014 du 21 janvier 2015), que l'ensemble de la situation nouvelle doit être examinée et qu'il convient à ce titre de prendre en compte sa prochaine entrée dans sa 65^{ème} année. Toujours selon le recourant, l'intimé fait en outre preuve de contradiction en admettant d'une part que son état de santé s'est aggravé depuis 2008 et d'autre part que l'examen de son droit doit intervenir sur la base de la situation prévalant 7 ou 8 ans plus tôt. En définitive, le recourant estime qu'en raison de son âge avancé,

compte tenu de son parcours personnel et professionnel, il ne bénéficie plus de possibilités de travail réalistes sur un marché du travail équilibré, de sorte qu'une « auto-réadaptation » n'est plus exigible. Il se réfère sur ce point à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 19 décembre 2014 (9C_456/2014 consid. 3.1.1. et 3.3.2), dans lequel la Haute Cour avait admis que la force de travail de l'assuré, âgé de 61 ans, ne faisait plus l'objet d'une demande de la part des employeurs sur le marché équilibré du travail. Le recourant soutient qu'il n'existe plus de marché du travail disponible pour lui et que, par conséquent, il a droit à une rente d'invalidité. A l'appui de son recours, Z. _____ a produit un lot de pièces administratives ayant trait aux différentes procédures menées par l'OAI ainsi que le courrier du Dr N. _____ à l'attention de son mandataire, déjà transmis à l'intimé à l'appui de sa demande du 3 juin 2013. Conjointement à son recours, l'assuré a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 16 mars 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 mars 2015, soit l'exonération des avances et frais de justice, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Nordmann, le recourant étant astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} mai 2015.

Se déterminant dans une réponse du 16 avril 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, renvoyant en particulier à l'avis de son juriste du 17 [recte : 16] juin 2015. L'OAI estime que, dès lors que le changement de profession n'est pas devenu nécessaire au moment où le rapport d'expertise du Dr V. _____ a été rendu, soit fin 2014, mais à la fin février 2008 déjà, la capacité de gain du recourant est restée la même que celle retenue dans la décision du 29 février 2008, entrée en force. En outre, les activités adaptées pouvaient être exercées sans formation particulière.

Par réplique et duplique des 5 mai et 26 mai 2015, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives.

Sur requête du Tribunal, Me Nordmann a transmis le 13 octobre 2015 sa liste des opérations, totalisant 7,75 heures de prestations d'avocat et 100 fr. de débours.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. 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 les 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 3 juin 2013 et porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative et si l'on peut exiger de lui qu'il mette en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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 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 s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) L'art. 16 LPGA, qui s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI), prévoit 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.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

d) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. 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 ont généralement tendance à se prononcer

en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins 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 de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C_67/2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

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_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). 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 (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5). 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).

5. En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande du 3 juin 2013, le recourant a argué d'une péjoration de son état de santé, dans le sens d'une totale et durable incapacité de travail, justifiant selon lui l'octroi d'une rente entière d'invalidité, a fortiori compte tenu de son âge avancé, qui rendrait illusoire la mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande de prestations, admettant que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, notamment au travers des rapports des Drs E. _____ du 2 octobre 2012 et R. _____ du 22 octobre 2012, évoquant une péjoration des atteintes cervicales, le Dr R. _____ faisant cependant part de ses doutes quant à la corrélation radioclinique. L'office a ensuite examiné si dite modification suffisait à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et a conclu que tel n'était pas le cas, l'assuré disposant selon lui toujours d'une capacité de travail résiduelle entière dans les activités adaptées identiques à celles prévalant jusqu'alors, compte tenu de limitations fonctionnelles restées pour l'essentiel inchangées.

6. Dans son acte de recours, l'assuré ne remet plus en cause l'appréciation de la situation médicale telle que retenue par l'intimé, laquelle ne prête en effet pas flanc à la critique.

Procédant à l'instruction du cas selon les règles posées par la jurisprudence (cf. consid. 4b supra), l'OAI a comparé l'état de santé de l'intéressé au moment de la décision litigieuse (19 février 2015) à celui qui prévalait en 2008, lorsqu'a été rendue la dernière décision entrée en force reposant 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 (décision du 29 octobre 2008), afin de déterminer si, durant ce laps de temps, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'était produit.

a) La décision du 29 octobre 2008 de l'OAI a été rendue sur la base des conclusions du rapport d'expertise rhumatologique du Dr H. _____ et sur le rapport d'examen psychiatrique de la Dresse M. _____, psychiatre auprès du SMR.

Dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2007, le Dr H. _____ a retenu les diagnostics de cervico-scapulo-brachialgies droites,

qu'il a situées dans un contexte de syndrome douloureux persistant, de hernie discale C5-C6 et d'hypercholestérolémie. L'expert a qualifié les cervico-scalupo-brachialgies de simples, survenant dans un cadre disco-dégénératif modéré. Toujours selon le Dr H._____, le recourant disposait alors d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Par contre, les atteintes précitées ne portaient pas atteinte à sa capacité de travail dans toute activité légère, ne nécessitant ni port de charges excédant 15 kg et ni mouvements répétitifs de la nuque. L'expert a au demeurant relevé des signes de surcharges comportementaux alliant exagération de la réponse verbale, projection non-anatomique de la douleur, mouvements de contrepulsions et oppositions actives non-reproductibles en fonction du degré d'attention de l'assuré, pour ce qui concernait l'évaluation de la nuque et du haut du corps. Pour sa part, dans son rapport du 25 février 2008, la Dresse M._____ a quant à elle constaté l'absence de pathologie psychiatrique, l'assuré disposant sur ce plan d'une capacité de travail intacte, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Faisant siennes les conclusions des Drs H._____ et M._____, l'OAI a retenu que l'état de santé du recourant ne portait pas atteinte à sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, d'ordre physique uniquement. Fort de ces éléments, aux termes de sa décision du 29 octobre 2008, l'intimé a constaté un taux d'invalidité de 10%, n'ouvrant pas le droit à la rente.

b) Procédant à l'évaluation de l'état de santé prévalant au moment de la nouvelle demande ici litigieuse, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr V._____ du 24 mars 2014.

aa) Dans ledit rapport, l'expert V._____ a retenu les diagnostics invalidants d'instabilité de l'articulation acromio-claviculaire droite dans le plan frontal, d'instabilité du pivot central des deux genoux et de hernie discale C5/C6 et C6/C7 sans compression radiculaire avec uncarthrose. Il n'a par compte reconnu aucun effet incapacitant aux autres affections relevées, savoir la sténose canalaire C5/C6, le status post lésion

de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche par entorse en août 1996, le status post régulation des lésions méniscales par arthroscopie le 27 août 1996 et le status post exérèse de tumeur bénigne C7 gauche en 1981. Le Dr V. _____ a estimé que l'activité habituelle du recourant n'était plus adaptée et que sa capacité de travail à cet égard était nulle. Par contre, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, il était d'avis, tout comme le Dr H. _____ avant lui, que le recourant pouvait mettre en valeur une capacité de travail entière, sans diminution de rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr V. _____ a indiqué que le recourant devait se limiter à des activités semi-sédentaires, n'impliquant pas un risque élevé de traumatisme rachidien. Ainsi, il convenait d'éviter les chantiers de construction, les travaux sur les lieux élevés (échelles et échafaudages) ou dans les fouilles. Le port de charge excédant 5 kg était aussi déconseillé par l'expert, en particulier au dessus du niveau des épaules, de même que la marche prolongée et répétée au-delà de 500 m, sur les terrains irréguliers ou en pente, ainsi que les montée et descente régulières d'escaliers. Enfin, le maniement de substances dangereuses était également proscrit. Si la description de ces limitations par le Dr V. _____ est certes plus détaillée que celle faite en 2008 par le Dr H. _____, force est de constater avec l'intimé que les restrictions affectant le recourant n'ont pas subi d'évolution notable. On en veut pour preuve qu'elles n'ont pas mis en péril l'exercice des activités jugées adaptées par l'OAI, toutes les activités citées à titre d'exemple par le service de réadaptation de l'OAI dans sa note du 12 mai 2011, telles qu'ouvrier opérateur, programmeur ou opérateur dans l'industrie légère, étant toujours accessibles au recourant malgré la légère évolution, défavorable, de son état de santé, ce que l'expert V. _____ a confirmé en qualifiant ces activités de « bien adaptées ». On relèvera à cet égard qu'il revient effectivement au médecin, dont c'est la tâche, de se prononcer sur le type d'activité encore accessible à un assuré, compte tenu de son état de santé (cf. consid. 3c supra). Cela étant, l'avis du Dr V. _____ sur ce point est déterminant, étant au demeurant constaté que l'assuré ne soulève plus aucun grief à cet égard dans son acte de recours.

Selon l'expert V._____, le déficit sensitif décrit par le recourant ne relève pas de la systématisation anatomique, de par sa localisation diffuse notamment, la prédominance récessale gauche de la lésion étant incompatible avec un déficit sensitif droit. Les diagnostics de hernie discale C5/C6 et de discopathie C6/C7 sont des trouvailles radiologiques, qui ne peuvent pas être retenus comme étant à l'origine de l'ensemble de la symptomatologie clinique présentée par l'assuré. Son examen clinique n'a en outre permis de trouver aucun signe clinique du rétrécissement canalaire constaté sur l'imagerie, l'assuré ne présentant en effet pas de modification de la motricité, pas de signe d'atteinte de la voie pyramidale aux membres supérieurs comme inférieurs, pas de modification des réflexes ortéotendineux, pas de signes sphinctériens, pas de signe de Lhermitte direct ou inverse, pas de clonus, le diagnostic de sténose canalaire apparaissant de ce fait également comme un diagnostic d'imagerie, qui n'est pas responsable de l'ensemble de la symptomatologie présentée par l'assuré. Il sied également de relever que, tout comme l'expert H._____ en 2007, le Dr V._____ a constaté des signes de discordance, d'amplification des plaintes et d'exagération.

bb) Force est de constater qu'aucun élément au dossier ne vient mettre en doute les conclusions du Dr V._____.

En effet, parmi les autres médecins ayant examiné le recourant, seul le Dr N._____, médecin traitant, s'est prononcé sur la capacité de travail de son patient, soutenant dans son rapport à l'OAI du 2 décembre 2013 que celui-ci se trouve en totale incapacité de travail depuis 2006, pour une durée indéterminée. Il estime que l'activité habituelle n'est plus exigible en raison de l'impotence des membres supérieurs et qu'aucune reprise ou amélioration de la capacité de travail ne saurait être attendue. On remarquera qu'en 2006, le médecin traitant était également en désaccord avec l'expert H._____ sur cette question, soutenant à l'époque déjà que son patient n'était plus en mesure d'exercer quelque activité que ce soit en raison de ses atteintes à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs. Le Dr N._____ n'apporte toutefois aucun élément concret permettant de conclure que l'évolution

de l'état de santé de son patient a eu une incidence négative sur sa capacité résiduelle de travail. Les diagnostics posés par le médecin traitant (rapport du 8 novembre 2006 : cervico-scapulalgies bilatérales à prédominance gauche ; rapport du 11 octobre 2010 : cervico-scapulalgies droites dans un contexte de hernie discale C5-C6 et de discopathies C6-C7 et rapport du 2 décembre 2013 : cervico-brachialgies gauches sur hernie discale C-C6 gauche) ne témoignent pas d'une évolution susceptible d'influer sur le droit à la rente de l'assuré. On remarquera par ailleurs que l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé le Dr N. _____ le 2 décembre 2013, mentionnant une totale incapacité de travail dans toute activité depuis 2006, est en contradiction avec celle qu'il avait émise le 11 octobre 2010, faisant alors état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne nécessitant pas de mobilisation ni de charge au niveau du membre supérieur droit. En outre les deux courriers adressés par le Dr N. _____ à Me Nordmann les 26 février et 3 mai 2013 ne permettent pas non plus d'établir une détérioration de l'état de santé du recourant propre à influencer sur le droit à une rente d'invalidité. Ainsi lorsqu'il affirme le 26 février 2013 que les cervico-brachialgies gauches limitent « certaines activités au niveau du membre supérieur gauche », le médecin traitant n'apporte aucun élément nouveau déterminant, dans la mesure où, en 2006 déjà, il estimait que les atteintes aux membres supérieurs, ainsi qu'à la ceinture scapulaire, empêchaient toute reprise du travail. On rappellera à cet égard que le recourant est droitier, de sorte qu'une limitation de l'utilisation du bras gauche dans certaines activités ne suffit pas à démontrer que les activités considérées comme adaptées par l'OAI ne seraient plus à sa portée. N'est pas plus relevant le fait que le traitement antalgique ne puisse pas être allégé ou stoppé. Quant à l'avis du Dr N. _____ selon lequel une profession épargnant le bras gauche du recourant n'existe probablement pas, compte tenu de son âge, il n'est pas déterminant, dans la mesure où le rôle 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 (cf. consid. 3c supra), mais non sur les chances de succès d'un placement sur le marché du travail.

S'agissant des autres rapports médicaux au dossier, ils ne se penchent pas sur la question de la capacité de travail du recourant. Certes, il ressort des rapports des Drs E. _____ du 2 octobre 2012 et R. _____ du 22 octobre 2012, que l'état de santé a subi une péjoration au niveau des atteintes cervicales. C'est d'ailleurs sur la base de ces rapports que l'OAI a estimé que l'assuré avait rendu vraisemblable une modification de son état de santé justifiant une entrée en matière sur sa nouvelle demande du 3 juin 2013. Toutefois, après examen de ces rapports d'imagerie, le Dr V. _____ est parvenu à la conclusion que l'aggravation constatée ne péjorait pas la capacité de travail du recourant, remarquant notamment que le Dr E. _____ n'avait pas fait état d'une compression radiculaire, mais d'un simple contact avec la racine C6. Aucun élément au dossier ne permet de retenir qu'une telle compression se serait imposée depuis lors, le Dr V. _____ ayant au contraire constaté, à l'issue de son examen du 24 mars 2014, qu'aucun signe clinique d'une telle compression n'avait pu être décelé. Dans son rapport du 22 octobre 2012, le Dr R. _____ a en effet mis en évidence une cervico-brachialgie gauche atypique, de corrélation douteuse avec la hernie discale C5/C6. Au status, le neurologue n'a révélé que peu de choses évidentes au point de vue neurologique, faisant état d'une EMG normal, notamment sans signe électrophysique de radiculopathie C6 gauche ni argument pour un syndrome du tunnel carpien. Les mesures préconisées par le neurologue, savoir la poursuite du traitement conservateur ainsi qu'un suivi à distance de la sténose cervicale, dans un délai de 12 mois, ne dénotent pas non plus d'une atteinte aiguë. En outre, l'IRM effectuée le 5 avril 2014 par le Dr S. _____ fait état d'une situation inchangée par rapport à celle prévalant en octobre 2012.

cc) En définitive, il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions exposées dans le rapport d'examen du Dr V. _____, confirmées par le Dr W. _____ du SMR le 8 avril 2014. La Cour de céans retiendra donc avec l'intimé qu'il existe certes une pathologie dégénérative rachidienne cervicale C5/C6 et C6/C7 associée à une sténose canalaire C5/C6, dont seule la composante dégénérative, associée à une instabilité de l'articulation acromio-claviculaire droite, revêt

une nature incapacitante, mais que ces atteintes ne suffisent pas à modifier l'exigibilité médicale telle qu'arrêtée en 2008. Par ailleurs, ledit rapport d'expertise procède d'un examen détaillé des pièces médicales déterminantes et repose sur un examen clinique complet. Il contient une anamnèse détaillée, prend en considération les plaintes du recourant et décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants. L'appréciation de la situation médicale est détaillée et précise et les conclusions de l'expert sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a donc lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr V._____ du 24 mars 2014 répond en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 3d supra).

A la lumière de l'appréciation de l'expert V._____, il apparaît par conséquent que depuis 2008, l'état de santé du recourant n'a pas connu de changement notable susceptible d'influer sur sa capacité de travail et sa capacité de gain, de manière à motiver une révision. Sur cet aspect, la Cour de céans ne peut donc que rejoindre la position défendue par l'intimé.

7. Sous un autre angle, le recourant soutient que dès lors qu'il était âgé de presque 64 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue, il devait être considéré comme un assuré d'âge avancé au sens de la jurisprudence fédérale, et devrait être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Il s'appuie en cela sur un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 19 décembre 2014 (9C_456/2014).

Cet argument concerne le point de savoir si l'on peut encore exiger d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, le cas échéant en se reconvertissant dans une nouvelle profession.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (cf. art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des

perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (cf. TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et les références citées ; TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TF 9C_695/2010 précité consid. 5). En d'autres termes, l'influence de l'âge sur la possibilité de mettre en oeuvre la capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré du travail ne peut donc pas être évaluée selon une règle générale, mais dépend de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce

qui sont déterminantes sous l'angle des exigences relatives aux activités adaptées envisagées (par exemple, la nature et les conséquences de l'atteinte à la santé, les éventuels moyens à mettre en oeuvre pour changer de travail et se familiariser avec celui-ci, y compris la structure de la personnalité, la formation ou le parcours professionnel ; cf. dans ce sens consid. 3.2.2 non publié de l'ATF 139 V 600 [TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013] et ATF 138 V 457 consid. 3.1).

Après que le Tribunal fédéral a longtemps laissé ouverte la question de savoir à quel moment il convient de se placer pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il y a apporté une réponse dans un arrêt rendu le 25 octobre 2012 et publié aux ATF 138 V 457. A cette occasion, la Haute Cour a retenu que ce moment correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (cf. ATF 138 V 457 consid. 3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; cf. aussi TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) Tout d'abord, contrairement à ce que soutient le recourant, l'âge qu'il avait au moment de la décision litigieuse ou celui du dépôt de son recours n'est pas déterminant. Comme le Tribunal l'a récemment spécifié, le moment crucial pour évaluer l'exigibilité de la mise oeuvre de la capacité résiduelle de travail d'un assuré proche de l'âge de la retraite est celui où les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs, à savoir l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle (cf. consid. 6a supra).

En l'occurrence, il convient de rappeler que dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations déposée le 3 juin 2013 par l'assuré, le rapport d'expertise du Dr V._____ du 24 mars 2014 a révélé que la situation médicale n'avait pas évolué de manière significative au point de modifier la capacité de travail retenue aux termes du rapport d'examen clinique du Dr H._____ du 23 octobre 2007. Selon l'expert V._____, le recourant disposait toujours, en mars 2014, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et le type d'activités jugées à la portée de l'assuré à l'époque étaient toujours bien adaptées à son état de santé actuel. Dès lors que la décision litigieuse n'a en définitive fait que confirmer l'exigibilité médicale déjà établie conformément au droit lors du précédent examen complet de la situation de l'assuré, il convient de retenir que c'est à l'issue de l'examen de la Dresse M._____ - excluant les atteintes psychiatriques envisagées par le Dr H._____ - que l'ensemble de la situation médicale permettant de définir la capacité résiduelle de travail du recourant a été fixée. C'est donc bien au 25 février 2008, date du rapport de la Dresse M._____, qu'il convient de se placer pour examiner dans quelle mesure l'on peut exiger du recourant qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle et apprécier ses chances de retrouver un emploi en fonction de son âge, au sens de la jurisprudence fédérale relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés proches de l'âge de la retraite (cf. dans ce sens CASSO AI 264/12 - 302/2013 du 9 décembre 2013 consid. 5c et AI 217/13 - 119/2014 du 26 mai 2014 consid. 5c/bb). Retenir une solution contraire, comme le défend à tort le recourant, reviendrait à systématiquement accorder une rente d'invalidité entière à tous les assurés confrontés à un précédent refus de rente, ou à l'octroi d'une rente partielle et non entière, sous la simple condition qu'ils déposent au-delà de 60 ans une nouvelle demande de prestations sur laquelle il serait entré en matière. Or une telle solution est contraire aux règles régissant l'assurance-invalidité et aboutirait à un report sur ladite assurance de charges incombant à d'autres institutions, parmi lesquelles l'assurance-chômage. Le Tribunal a d'ailleurs précisé que selon les principes propres à la révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicables par analogie lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. consid. 4b supra), l'écoulement du temps - qui ne

constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés – ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente (cf. TF 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2, 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève / Zurich / Bâle 2011, n° 3070 p. 834) et, dès lors, ne saurait non plus justifier à lui seul l'octroi d'une telle prestation en cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande.

Attendu qu'en février 2008, le recourant était âgé d'à peine 57 ans, il se trouvait encore loin de l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.3 et les références). A titre comparatif, on relèvera que le Tribunal fédéral a adopté une solution analogue dans le cas d'une assurée âgée de 57 ans au moment où le SMR a constaté que l'exercice d'une activité était médicalement exigible (cf. TF 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 4 ; dans ce sens également 9C_88/2013 consid. 4.3). En réalité, si le recourant se retrouve à devoir prendre une activité différente de celle qu'il exerçait habituellement alors qu'il est proche de l'âge de la retraite, c'est parce qu'à réception de la première décision de refus de prestations, en 2008, comme il le dit lui-même dans son acte de recours, il s'est accommodé dudit refus tout en renonçant à mettre en valeur la capacité résiduelle de travail qui lui avait été reconnue par l'intimé, choisissant de vivre sur les modestes revenus de son épouse. Sans remettre en cause la légitimité de ce choix, force est cependant de constater que de ce simple fait, le recourant ne se trouve pas dans la même situation que les assurés concernés par la jurisprudence citée sous considérant 6a supra. Au travers de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral a instauré une exception, qui s'applique aux assurés auxquels un changement de profession s'impose de manière inattendue au seuil de la retraite, ce qui n'est pas le cas du recourant, puisque depuis 2008, il sait qu'un changement d'activité est attendu de lui du point de vue de l'assurance-invalidité. On relèvera enfin qu'au vu du large éventail d'activités simples

et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées en l'espèce) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre avec l'intimé qu'un certain nombre d'entre elles sont raisonnablement exigibles du recourant, sans qu'aucune formation ne soit nécessaire (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3).

Sur le vu de ce qui précède, le recourant ne saurait donc être considéré comme n'étant plus en mesure de mettre en valeur la capacité de travail médico-théorique qui lui est reconnue – depuis octobre 2008 – sur le marché équilibré du travail.

Partant, c'est en vain que le recourant se prévaut de son âge dans le cadre du présent litige.

c) Enfin, l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 8C_237/2014 cité par le recourant à l'appui de son recours, entre-temps publié aux ATF sous référence 141 V 9, ne lui est d'aucun secours. Dans ce jugement, la Haute Cour ne fait que confirmer ce qu'elle avait déjà indiqué en matière de révision, notamment dans l'arrêt de principe 117 V 198, à savoir que lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complet, sans références à des évaluations antérieures de l'invalidité (cf. également TF 8C_606/2014 du 26 août 2015, consid. 6.1). Comme examiné ci-dessus, il n'existe en l'espèce pas de changement important de l'état de santé motivant une révision, la capacité de travail et de gain du recourant ne donnant pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. consid. 5/b/cc supra).

d) En définitive, il apparaît qu'en rejetant par décision du 19 février 2015 la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 3 juin 2013, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit.

8. **a)** Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant 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'AI 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. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Nordmann (cf. art. 18 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Nordmann a produit le 13 octobre 2015 une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 7 heures et 45 minutes de prestations d'avocat, soit un

montant d'honoraires s'élevant à 1'506 fr. 60 (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 108 fr. (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Nordmann s'élève donc à 1'614 fr. 60. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.01.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 19 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Philippe Nordmann, conseil du recourant, est arrêtée à 1'614 fr. 60 (mille six cent quatorze francs et soixante centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CC 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (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 :