

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 avril 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Moyard et M. Reinberg, assesseurs  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.Y.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; art. 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** A.Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 1959, sans formation, a travaillé comme chauffeur élévateur pour le compte de la société T.\_\_\_\_\_ à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002.

Le 6 janvier 2004, l'assuré a subi une résection de la clavicule distale, une bursectomie, ainsi qu'une acromioplastie de l'épaule droite (cf. rapport du 13 janvier 2004 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital [...]).

En arrêt de travail depuis le 6 janvier 2004, l'intéressé a déposé le 14 mars 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, indiquant souffrir aux épaules, aux genoux et au dos depuis près de trois ans.

Dans un rapport du 25 avril 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de conflit sous-acromial de l'épaule gauche, de status après résection de la clavicule distale et acromioplastie décompressive de l'épaule droite, ainsi que de troubles dégénératifs débutants du compartiment interne des deux genoux, prédominant à droite. Selon le praticien, l'intéressé était à même de reprendre son travail à 50 %, taux susceptible d'amélioration, voire même d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics principaux de conflit sous-acromial des deux épaules et de gonarthrose droite, existant respectivement depuis 2002 [recte : 2001 s'agissant de l'épaule gauche] et 2005 [recte : 2004]. Il attestait en outre de diverses incapacités de travail et était d'avis qu'une reprise du travail au-delà de 50 % n'était pas possible dans l'immédiat en raison des douleurs et qu'un emploi léger de petite manutention était exigible au même taux. Etaient notamment annexés les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 22 février 2001 établi par le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche, concluant à une probable tendinopathie chronique du sus-épineux, sans argument pour une déchirure malgré les conflits sous-acromiaux (acromion de type II à III et arthrose acromio-claviculaire), à une tendinopathie chronique et inflammatoire du sous-scapulaire avec possibilité de déchirure partielle, surtout à la partie distale, ainsi qu'à un assez important conflit rétro-coracoïdien ;
  
- un rapport du 24 novembre 2003 du Dr U.\_\_\_\_\_ consécutif à une IRM de l'épaule droite, concluant à une importante arthrose inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire droite, entraînant un conflit sous-acromial, avec importante tendinopathie du sus-épineux et petite déchirure interstitielle au niveau de la jonction musculo-tendineuse, à une tendinopathie avérée, sans déchirure du sous-épineux, ainsi qu'à une importante dégénérescence du tendon du sous-scapulaire, avec des altérations évoquant des déchirures chroniques ;
  
- un rapport du 28 décembre 2004 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, établi à la suite d'une IRM du genou droit, concluant à une méniscopathie de grade II sans déchirure de la corne postérieure du ménisque interne.

Par courrier du 25 février 2006, l'assuré a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qu'il avait été opéré de sa deuxième épaule et que suite à son licenciement, un jour plus tôt, il se trouvait toujours sans emploi et entièrement handicapé.

Interpellé par l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a ajouté, dans un rapport du 21 avril 2006, le diagnostic de status après suture de la coiffe des rotateurs, acromioplastie décompressive et résection de la clavicule

distale de l'épaule gauche en février 2006. Il constatait que les suites des deux opérations évoluaient favorablement, mais que compte tenu de la persistance des douleurs, l'incapacité de travail était momentanément totale. Il affirmait néanmoins que l'assuré ne pouvait plus reprendre son ancien travail à plus de 50 %, mais qu'il devait pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel dans une activité adaptée à ses problèmes d'épaules, sans port de charges lourdes, ni élévation des bras en dessus de l'horizontale. Il a précisé, le 13 juin 2006, que la capacité de travail exigible était de 50 % maximum dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI, par courrier du 15 décembre 2006, que son patient présentait un problème lombaire sous la forme d'une hernie discale et que sa capacité de travail était nulle, malgré un traitement conservateur. Il a produit un rapport du 13 novembre 2006 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au N. \_\_\_\_\_, selon lequel l'intéressé présentait une hernie discale au niveau L3-L4, luxée vers le haut et accompagnée d'une importante douleur superposable avec une irradiation dans le territoire L4 droit.

Sur demande de l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a encore précisé, dans un rapport médical du 27 août 2007, que l'état de santé de son patient demeurait inchangé depuis son dernier rapport et qu'une capacité de travail résiduelle de 50 % pouvait être reconnue dans une activité ne surchargeant ni la ceinture scapulaire, ni le niveau lombaire, sans port de charge, sans élévation des bras, mouvement extrême du torse ou station debout fixe. Etait en particulier joint à son courrier une lettre du Dr M. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2007, dans laquelle ce dernier lui signalait que l'intéressé présentait en outre un « gros problème psychologique » en raison notamment de ses nombreuses pathologies. Etait également annexé un rapport du 8 novembre 2006 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ à la suite d'une IRM lombaire et des articulations sacro-iliaques, concluant à une volumineuse hernie discale latérale droite luxée vers le haut en L3-L4, une large protrusion discale à discrète extension foraminale inférieure droite en L4-L5, une protrusion discale médio-bilatérale avec une petite

herniation latérale gauche en L5-S1, une protrusion discale médio-bilatérale simple en L2-L3.

Un examen clinique rhumatologique a été effectué au Service médical régional AI (ci-après : le SMR) par le Dr S.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a posé, dans son rapport du 14 décembre 2007, les diagnostics principaux de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de hernie discale L3-L4 et L5-S1 et de conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire bilatérale traité chirurgicalement à droite en janvier 2004 et à gauche en février 2006, ainsi que de status post-suture de la coiffe des rotateurs gauches. Le médecin du SMR constatait une évolution post-opératoire favorable au niveau de l'épaule gauche et de la hernie discale lombaire, sous traitement conservateur. A ses yeux, la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité d'ouvrier, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, d'attitude en porte-à-faux, de port de charges supérieures à 10 kg, de position assise prolongée au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes ; membres supérieurs : pas de travail prolongé au-dessus de 90 degrés d'élévation, de soulèvement de charges, de port de charges supérieures à 10 kg en bi-manuel), à compter du 1<sup>er</sup> février 2007.

Dans un rapport d'examen du 26 décembre 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'atteinte principale à la santé de l'assuré consistait en des lombalgies chroniques non déficitaires avec hernie discale L3-L4 et L5-S1 et que si cette atteinte contre-indiquait toute reprise de l'activité professionnelle antérieure, elle permettait néanmoins à l'intéressé d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 16 janvier 2008, l'OAI a rendu un projet de décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 mai 2007, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, estimant qu'au-delà de cette date, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

L'intéressé a contesté ce projet par écrit du 6 février 2008, faisant valoir que son état de santé s'était aggravé et ne lui permettait plus de reprendre une activité professionnelle.

Dans un courrier du 11 février 2008 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est montré dubitatif quant à une reprise d'activité professionnelle à plein temps respectant les nombreuses limitations fonctionnelles décrites par le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR, dès lors que son patient ne disposait d'aucune formation particulière. Il reprochait en outre à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'état dépressif de l'intéressé, qui s'était secondairement développé notamment du fait de ses douleurs chroniques.

Dans un avis médical du 11 mars 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position, rappelant qu'il appartenait au SMR de définir les limitations fonctionnelles, sans se préoccuper de savoir si une telle activité existait ou non sur le marché économique. Il relevait en outre qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte d'un éventuel état dépressif, dans la mesure où le Dr W.\_\_\_\_\_ n'avait pas prescrit de traitement antidépresseur ou de suivi psychiatrique à son patient, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'admettre une incapacité de travail liée à une baisse de l'humeur réactionnelle et de peu d'importance.

Par décision du 11 août 2008, motivée le 17 juillet précédent, l'OAI a confirmé son projet du 16 janvier 2008, au motif que l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de mettre en doute les conclusions du SMR, auxquelles il se ralliait.

Le 25 août 2008, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La Cour de céans a rejeté le recours par arrêt du 8 décembre 2009 (cause AI 421/08 - 419/2009). Elle a retenu que l'intéressé présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle et, à compter du 1<sup>er</sup> février 2007, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles. Elle a pour le surplus calculé que le taux d'invalidité de l'assuré était de 4 %, après avoir comparé le revenu d'invalidité (50'542 fr. 01) avec le revenu sans invalidité (52'542 fr. 63), soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. En outre, elle a notamment exposé ce qui suit au considérant 3 de l'arrêt :

« Ainsi que le relève à juste titre le SMR, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une éventuelle atteinte psychique, en l'absence de toute évaluation psychiatrique. En effet, quand bien même le Dr M.\_\_\_\_\_ a signalé cette problématique au Dr W.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 23 janvier 2007, ce dernier n'a pas jugé nécessaire de prescrire à son patient un quelconque traitement anti-dépresseur ou suivi psychiatrique, de sorte que ce grief apparaît dénué de pertinence. Au surplus, il ressort de ce même courrier que l'intéressé et son épouse étaient favorables à une prise en charge psychologique susceptible d'améliorer les problèmes physiques, à laquelle ils n'ont toutefois jamais donné suite. »

L'arrêt du 8 décembre 2009 n'a pas été contesté et est entré en force.

**B.** Le 29 juillet 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en faisant état d'atteintes dégénératives articulaires multiples au dos, aux épaules et aux mains depuis 2002. Il a joint un certificat médical du 15 mai 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_ attestant qu'il présentait une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité envisagée, un travail même léger n'étant pas réalisable « du fait entre autres d'atteintes dégénératives articulaires multiples (dos, épaules, mains) ».

Dans un rapport du 24 août 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques dans un contexte de hernie discale L3-L4, de douleurs des deux épaules dans un status post-acromioplastie décompressive bilatérale (droite en 2004 et gauche en 2006), d'arthrose digitale essentiellement au niveau de la métacarpo-phalangienne D3 gauche, d'état dépressif chronique, de prostatite chronique, ainsi que d'hypertension artérielle. Il a précisé que son patient souffrait de « traits dépressifs fluctuants ». Pour finir, il a indiqué que l'intéressé présentait

une incapacité totale de travail dans une activité lourde et, pour une activité légère, une diminution de rendement de l'ordre de 50 %.

Le 7 novembre 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait eu un rendez-vous deux jours plus tôt avec le Dr M.\_\_\_\_\_, en raison de l'augmentation progressive de ses douleurs à l'épaule droite.

Par avis médical du 8 mars 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé comme suit sur le rapport du 24 août 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_ :

« Le médecin décrit une situation identique à celle déjà connue au niveau des lombalgies chroniques et de l'atteinte des épaules (voir rapport d'examen SMR du 26.12.2007). L'état dépressif semble lui aussi identique à la situation antérieure sans qu'un traitement spécifique ou une prise en charge spécialisée ne soit mentionnés dans ce courrier. La prostatite et l'hypertension artérielle mentionnées ne sont pas considérées comme des affections incapacitantes. Concernant l'arthrose digitale débutante, elle ne pourrait effectivement avoir un impact éventuel que sur la motricité fine, comme évoqué par le Dr W.\_\_\_\_\_, et n'empêcherait pas une activité adaptée.

Dans l'état actuel de notre information médicale par le Dr W.\_\_\_\_\_, nous ne voyons pas d'éléments rendant plausibles une modification significative de l'état de santé de l'assuré, si ce n'est l'évolution normale des atteintes dégénératives. Une entrée en matière ne nous semble pas justifiée à ce stade. »

Par projet de décision du 23 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, le rapport du 24 août 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_ n'apportant aucun élément plausible justifiant une modification de son état de santé, si ce n'est l'évolution normale des atteintes dégénératives.

L'intéressé a contesté ce projet par écrit du 1<sup>er</sup> avril 2016, faisant valoir que ses problèmes de santé s'étaient aggravés depuis sa première demande et que son état de santé psychique était également atteint. Il a reproché à l'OAI de n'avoir demandé aucun rapport médical, ni à son médecin traitant, ni au Dr M.\_\_\_\_\_.

Informé par l'OAI qu'en cas de désaccord avec le projet de décision, il appartenait à l'assuré de produire les rapports apportant des

éléments médicaux nouveaux, ce dernier a déposé, le 2 mai 2016, trois courriers adressés par le Dr M. \_\_\_\_\_ au Dr W. \_\_\_\_\_. Dans la lettre du 12 novembre 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ retenait notamment une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et précisait que comme il s'agissait d'une lésion sous forme de déchirure partielle, le traitement était conservateur. Dans son courrier du 28 janvier 2016, il faisait état d'une diminution significative des douleurs à cette épaule, du fait d'une infiltration à laquelle il avait procédé un mois plus tôt. Par lettre du 24 mars 2016, il informait que les douleurs semblaient revenir. L'assuré a également produit un certificat médical établi le 25 avril 2016 par le Dr M. \_\_\_\_\_. Ce médecin posait les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, de status après acromioplastie décompressive et résection de la clavicule distale au niveau des épaules droite en 2004 et gauche en 2006. Le Dr M. \_\_\_\_\_ indiquait que du point de vue professionnel, le patient devrait pouvoir faire de la petite manutention, sans mouvement au-dessus de l'horizontale et sans port de charges.

Par avis médical du 30 mai 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que l'atteinte à l'épaule droite décrite par le Dr M. \_\_\_\_\_, une tendinopathie avec une déchirure partielle du sus-épineux, ne devrait générer qu'une incapacité de travail temporaire et ne pas entraîner de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à celles retenues en 2007. Il a proposé d'interroger ce médecin sur ces deux points.

Par courrier du 9 juin 2016, l'OAI a demandé au Dr M. \_\_\_\_\_ si l'assuré présentait de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à celles précédemment retenues (pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de soulèvement ou port de charges de plus de 10 kg) et si la nouvelle atteinte de l'épaule droite avait une répercussion sur sa capacité de travail dans une activité légère adaptée à ses limitations.

Le 16 juin 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ a répondu par la négative à ces deux questions.

Se fondant sur cette réponse, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué, par avis médical du 27 juillet 2016, qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée.

Par décision du 8 août 2016, l'OAI a confirmé son projet du 23 mars 2016 de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dans un courrier du même jour, l'OAI a notamment expliqué que selon le Dr M.\_\_\_\_\_, l'atteinte à l'épaule droite qu'il avait décrite n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée, qui était par conséquent toujours de 100 %. De ce fait, il n'y avait aucun élément plausible justifiant une modification de son état de santé.

Le 5 septembre 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a spontanément complété son certificat médical du 25 avril 2016, indiquant que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son ancienne activité professionnelle et que dans une activité adaptée, celle-ci pourrait se monter à 50 %, voire 100 %.

**C.** Par acte du 6 septembre 2016, A.Y.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Il soutient que sa mobilité est réduite, que sa force et son endurance sont très affaiblies et qu'aucun patron ne l'engagerait sachant qu'il souffre de plusieurs atteintes sévères à sa santé. En outre, il fait valoir qu'il est une personne âgée.

Dans sa réponse du 8 novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours, se fondant sur l'avis de son service médical qui concluait à une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

En réponse à un courrier de la juge instructrice, l'OAI a précisé, le 22 novembre 2016, que l'avis du service médical auquel il faisait référence dans sa réponse était celui du 27 juillet 2016.

Par courrier du 26 novembre 2016, le recourant a indiqué qu'il allait se faire opérer de l'épaule droite le 21 décembre 2016 et a produit une convocation de l'Hôpital [...] y relative. En outre, il a mentionné qu'il avait un problème au genou droit et qu'il devrait à nouveau subir une opération.

Le 14 décembre 2016, le recourant a produit un certificat médical établi le 7 décembre 2016 par le Dr W.\_\_\_\_\_, qui indiquait que son patient souffrait de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dans un status après acromio-plastie et résection de la clavicule distale en janvier 2014 [recte : 2004], d'une atteinte méniscale interne au genou droit, d'une arthrose de l'articulation métacarpo-phalangienne 3 de la main droite, d'un status post-acromioplastie décompressive et résection de la clavicule distale de l'épaule gauche en 2006, d'une colonne lombaire dégénérative avec hernie discale L3-4 droite et protrusion discale L2-L3, L4-L5 et L5-S1, d'une hypertension artérielle compensée, d'une prostatite chronique, ainsi que d'un status post-cure de hernie inguinale (gauche en 1983 et 2001, droite en 2006). Le Dr W.\_\_\_\_\_ constatait que la somme de ces pathologies ne permettait pas à son patient d'envisager une activité professionnelle. Etaient annexés deux rapports du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie plastique et de la main du N.\_\_\_\_\_, qui posait le diagnostic de probable arthrite inflammatoire de l'articulation métacarpo-phalangienne 3 de la main droite (rapport du 6 octobre 2016) et d'arthrose de l'articulation métacarpo-phalangienne 3 de la main gauche (rapport du 30 novembre 2016). Etaient également joint un courrier du 22 novembre 2016 adressé par le Dr M.\_\_\_\_\_ au Dr W.\_\_\_\_\_, exposant que la situation au niveau de l'épaule droite devenait difficilement supportable et qu'en raison de l'échec du traitement conservateur, une nouvelle acromioplastie décompressive avec révision de la coiffe des rotateurs serait effectuée le 21 décembre 2016. Le recourant a aussi joint les rapports des 28 décembre 2004 et 8 novembre 2006 du Dr L.\_\_\_\_\_, figurant déjà au dossier.

Le 23 janvier 2017, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a souligné que la décision attaquée portait sur le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré et que l'examen de la Cour était dès lors limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de prendre en compte les pièces médicales produites dans le cadre du recours.

### **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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte en l'espèce sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 29 juillet 2015, singulièrement à lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité compte tenu de l'absence de péjoration de son état de santé depuis la décision du 11 août 2008.

**3.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 125 V 412 consid. 2b).

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. Pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré, l'administration jouit d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment

l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b).

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2).

**4.** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. 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. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (cf. ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. 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 (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1, 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 (cf. 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2).

**5. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

**b)** 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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. 2c).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (cf. TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

Selon la Haute Cour, 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 ; cf. TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**6.** En l'espèce, dans la décision litigieuse du 8 août 2016, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 29 juillet 2015. Toutefois, il résulte des pièces au dossier qu'en réalité, l'intimé est implicitement entré en matière sur cette demande. En effet, il ne s'est pas contenté d'examiner les pièces produites à l'appui de celle-ci, mais il a invité le Dr M.\_\_\_\_\_, dans un courrier du 9 juin 2016, à répondre à deux questions sur l'état du recourant. Dès lors, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 11 août 2008, confirmée par arrêt du 8 décembre 2009 de la Cour de céans – et la décision litigieuse du 8 août 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé et soutient qu'il n'est plus en mesure de travailler. Il s'appuie notamment sur le rapport du 24 août 2015 et le certificat médical du

7 décembre 2016 du Dr W.\_\_\_\_\_, dans lesquels ce médecin retient de nombreuses atteintes.

**aa)** En premier lieu, le Dr W.\_\_\_\_\_ y a signalé l'état de l'épaule droite de l'intéressé. Cette épaule a fait l'objet de traitements supplémentaires, dès la fin de l'année 2015, par le Dr M.\_\_\_\_\_. Ce dernier a toutefois indiqué, dans son courrier du 16 juin 2016, que cette atteinte n'entraînait pas de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à celles déjà retenues, et qu'elle n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Par la suite, il a expliqué que dans une telle activité, la capacité de travail pourrait se monter à 50 %, voire 100 % (cf. courriers des 16 juin et 5 septembre 2016). Le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR est également parvenu à la conclusion qu'une capacité de travail totale était toujours exigible dans une activité adaptée (cf. avis médicaux des 30 mai et 27 juillet 2016).

Dans le cadre de la procédure de recours, l'intéressé a indiqué qu'il allait se faire opérer de cette épaule le 21 décembre 2016. Il ressort du courrier du 22 novembre 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_ qu'il s'agit d'une nouvelle acromioplastie décompressive avec révision de la coiffe des rotateurs. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative à moins d'être étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). En l'espèce, cette opération a été effectuée après la décision attaquée, laquelle date du 8 août 2016. En outre, elle ne suggère pas d'atteinte incapacitante antérieure à cette décision, étant donné que dans son courrier du 5 septembre 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_, qui suivait régulièrement le recourant pour cette atteinte, avait déjà estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %, voire 100 %. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte de cette opération dans le cadre de la présente procédure.

Le recourant pourra quoi qu'il en soit déposer une nouvelle demande et se prévaloir dans ce cadre du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ pour attester une éventuelle aggravation de son état.

**bb)** S'agissant des lombalgies chroniques, il y a lieu de considérer, à l'instar du Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis médical du 8 mars 2016), que la situation décrite par le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 août 2015 et son certificat médical du 7 décembre 2016 est identique à celle ayant donné lieu à la décision du 11 août 2008. En effet, les diagnostics posés par le Dr W. \_\_\_\_\_ sont issus des conclusions du rapport du 8 novembre 2006 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ à la suite d'une IRM. Les lombalgies chroniques ont déjà été prises en compte par le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR lorsqu'il a déterminé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant dans son rapport du 14 décembre 2007, sur lequel s'est notamment fondé l'intimé pour rendre la décision précitée.

**cc)** Les autres atteintes somatiques citées par le Dr W. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à considérer que l'état de l'intéressé s'est dégradé depuis la décision du 11 août 2008 dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Comme retenu à juste titre par le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR, l'arthrose de l'articulation métacarpo-phalangienne 3 de la main droite pourrait éventuellement avoir un impact sur la motricité fine, ce qui n'empêcherait toutefois pas une activité adaptée ; en outre, l'hypertension artérielle et la prostatite chronique ne sont pas considérées comme des affections incapacitantes (cf. avis médical du 8 mars 2012). Quant à l'épaule gauche du recourant, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué un status post-acromioplastie décompressive et résection de la clavicule distale en 2006 (cf. rapport médical du 24 août 2015). Ce diagnostic avait pourtant déjà été posé par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 avril 2006. De plus, le dossier ne contient aucune nouvelle pièce médicale ayant trait à cette épaule. Il en va de même pour le genou droit de l'intéressé, dont l'atteinte décrite par le Dr W. \_\_\_\_\_ se réfère uniquement au rapport du 28 décembre 2004 du Dr L. \_\_\_\_\_, déjà déposé dans le cadre de la première demande de prestations.

**dd)** S'agissant d'un état dépressif chronique retenu par le Dr W.\_\_\_\_\_, qui précisait que son patient souffrait de « traits dépressifs fluctuants » (cf. rapport du 24 août 2015), il convient de relever qu'aucun suivi, respectivement aucun traitement psychologique, n'a été évoqué. La Cour de céans a déjà retenu, dans son arrêt du 8 décembre 2009, qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une éventuelle atteinte psychique, car quand bien même le Dr M.\_\_\_\_\_ avait signalé cette problématique au Dr W.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 23 janvier 2007, ce dernier n'avait pas jugé nécessaire de prescrire à son patient un quelconque traitement anti-dépresseur ou suivi psychiatrique. En outre, elle a indiqué qu'il ressortait de ce même courrier que l'intéressé était favorable à une prise en charge psychologique, à laquelle il n'a toutefois jamais donné suite (cf. cause AI 421/08 - 416/2009 consid. 3). Ainsi, sous l'angle psychologique, la situation de l'intéressé n'a pas non plus évolué.

Dans ces circonstances, le certificat médical du 15 mai 2015 du Dr W.\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité envisagée, produit par le recourant à l'appui de sa demande de prestations, n'est pas propre à établir une péjoration de l'état de santé. Qui plus est, dans ce document, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'apporte aucune explication quant à cette affirmation, sinon des « atteintes dégénératives articulaires multiples » au dos, aux épaules et aux mains. Le Dr W.\_\_\_\_\_ est par ailleurs le médecin traitant du recourant, dont les constatations doivent être de ce fait admises avec réserve (cf. consid. 5c supra).

En outre, lorsqu'il s'est à nouveau prononcé, le 24 août 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_ a cette fois indiqué que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans une activité lourde et, pour une activité légère, une diminution de rendement de 50 %. Or il n'est pas contesté que la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant de chauffeur élévateur, singulièrement dans une activité lourde, est nulle. Ceci a déjà été retenu dans son arrêt du 8 décembre 2009 par la Cour de céans, qui s'est référée au courrier du 15 décembre 2006 du Dr W.\_\_\_\_\_ et au rapport du 14 décembre 2007 du Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. arrêt précité consid. 3). Cela étant, le Dr W.\_\_\_\_\_ a mentionné, le 24 août 2015, une

capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ce qui correspond à celle dont il avait fait état dans son rapport du 27 août 2007, dans le cadre de la première demande de prestations. Par la suite, dans son certificat médical du 7 décembre 2016, il s'est contenté de retranscrire les paroles de son patient, à savoir que les pathologies dont il souffrait ne permettaient pas - au recourant - d'envisager une activité professionnelle. Le certificat du 7 décembre 2016 a quoi qu'il en soit été établi près de quatre mois après la décision attaquée, alors que le recourant était sur le point de subir une nouvelle acromioplastie, avec révision de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Or ainsi qu'on l'a vu (cf. let. aa ci-avant), cette atteinte pourra le cas échéant fonder une nouvelle demande.

Enfin, les autres médecins s'étant prononcés dans le cadre de la seconde demande de prestations, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR et le Dr M. \_\_\_\_\_, ont tous les deux indiqué d'une manière claire qu'une capacité de travail dans une activité adaptée pourrait se monter à 100 % (cf. consid. 6aa supra).

**b)** Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a considéré, dans la décision attaquée, que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis la décision du 11 août 2008 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**7.** Le recourant se prévaut encore de son âge, sous-entendant qu'il ne pourrait plus être exigé qu'il exploite sa capacité de travail dans une activité adaptée.

**a)** Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance

supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que 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 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. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; 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 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Cette jurisprudence est applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui doit changer d'emploi en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré. Il s'agit alors de prendre en considération le fait que l'âge peut constituer un facteur excluant un tel reclassement professionnel. Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. En cas de nouvelle demande, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1 (cf. TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s. et les références).

**b)** En l'espèce, la jurisprudence relative aux personnes proches de l'âge de la retraite n'est pas applicable.

D'une part, le recourant n'exerce plus d'activité professionnelle depuis son licenciement au début de l'année 2006. En particulier, il n'a pas repris d'activité adaptée après la décision du 11 août 2008 lui octroyant une rente limitée au 31 mai 2007, confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 8 décembre 2009. Pourtant, dans cette décision, l'intimé avait déterminé que le recourant disposait encore, dès début 2007, d'une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, excluant le droit à la rente. Ainsi, dans le cadre de la nouvelle demande, l'intéressé savait, en raison de la procédure antérieure, qu'un changement d'activité était attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. Il ressort du considérant 6 supra que la situation du recourant est comparable à celle ayant conduit à la décision du 11 août 2008. La seule modification réside dans l'écoulement du

temps. Dans ces circonstances, le seul facteur de l'âge « avancé » ne peut entraîner l'application de la jurisprudence précitée.

D'autre part, le moment où la capacité de travail a été évaluée médicalement, soit au moment où tous les éléments médicaux nécessaires au prononcé de la décision ont été réunis, correspond au 14 décembre 2007, date à laquelle le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a rendu son rapport. Ce spécialiste a attesté l'exigibilité d'une activité adaptée, qui a ensuite été confirmée par plusieurs médecins (cf. rapport du 26 décembre 2007 du Dr C.\_\_\_\_\_, avis médicaux des 30 mai et 27 juillet 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_, courrier des 16 juin et 5 septembre 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_), démontrant que la situation médicale n'a pas évolué depuis lors. Au moment déterminant, soit en décembre 2007, l'intéressé était âgé de 48 ans. Il était alors encore loin d'atteindre l'âge à partir duquel la jurisprudence évoquée plus haut est applicable.

Ainsi, le recourant ne saurait être considéré comme n'étant plus en mesure, du fait de son âge, de mettre en valeur la capacité de travail qui lui est reconnue - depuis décembre 2007 - sur le marché équilibré du travail, et se voir octroyer des prestations de l'assurance-invalidité pour ce motif.

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA, art. 55 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 8 août 2016 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 mis à la charge de A.Y. \_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- A.Y. \_\_\_\_\_
- 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 :