

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

M. _____, au [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], manœuvre, originaire de [...], en Suisse depuis 1994, marié et père de quatre enfants majeurs, a déposé le 21 décembre 2006 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail totale à compter du 2 décembre 2005, en raison d'une atteinte à l'épaule droite.

Selon le dossier de la VV. _____, assureur-accidents de l'intéressé, ce dernier s'était luxé l'épaule et fracturé le trochiter droits en glissant sur la neige le 2 décembre 2005. Le 13 décembre 2005, il avait subi une fixation du trochiter, à la suite de laquelle la situation avait évolué défavorablement. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été effectuée le 20 mars 2006. En juin 2006, la Dresse R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait constaté que la mobilité active était nulle, le patient se tenant le bras collé au corps (cf. rapport de la Dresse R. _____ du 13 juin 2006).

Le 22 janvier 2007, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait savoir à l'OAI qu'à plus d'une année de l'accident [réd. : du 2 décembre 2005], et malgré un séjour à la PP. _____ (ci-après : PP. _____) du 8 au 30 août 2006, l'évolution restait extrêmement défavorable.

Dans un rapport du 26 janvier 2007, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite suite à une luxation antéro-inférieure de la tête humérale avec fracture du trochiter le 2 décembre 2005, de refixation chirurgicale du trochiter le 13 décembre 2005, ainsi que d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20 mars 2006. L'incapacité de travail était totale du 2 décembre 2005 au jour de la rédaction de son rapport.

L'assuré a été examiné le 17 janvier 2007 par les Drs N._____ et V._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du P._____ (ci-après : P._____). Dans leur rapport du 30 mars 2007, ces médecins ont posé les diagnostics de status post-luxation gléno-humérale antéro-inférieure de l'épaule droite avec fracture du trochiter déplacée le 2 décembre 2005, de status post-réduction ouverte et ostéosynthèse par une vis du trochiter de l'épaule droite le 13 décembre 2005, ainsi que de status post-AMO de la vis de l'épaule droite le 20 mars 2006. Ils ont en outre fait l'appréciation suivante du cas :

« Monsieur M._____ se plaint d'importantes douleurs cervico-scapulo-brachiales, invalidantes et insomniantes à droite, irradiant parfois jusqu'à l'hémi-thorax droit, depuis l'accident du 02.12.2005. Les douleurs se sont péjorées progressivement suite à l'ostéosynthèse du trochiter et ont continué à se péjorer après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20.03.2006. Monsieur M._____ se plaint également d'hypoesthésie des 1^{er} et 2^e doigts de la main droite ainsi que d'une perte de force.

Objectivement, on note cliniquement une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et du MSD [membre supérieur droit] et une forte résistance active lors de l'examen du MSD. A l'arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] du 22.01.2007, on confirme que l'ensemble des tendons de la coiffe des rotateurs est sans lésion. Radiologiquement, la fracture s'est consolidée et on ne note pas de cal vicieux. Il n'y a pas d'instabilité gléno-humérale droite. On note également l'absence de troubles dégénératifs secondaires au niveau de l'épaule droite. L'examen clinique neurologique est normal en ce qui concerne les réflexes ostéotendineux ainsi que la trophicité et les tests de la force musculaire sont ininterprétables en raison de la non-collaboration du patient. L'examen électromyographique, effectué par le Dr [Christopher] NN._____ [spécialiste en neurologie] le 09.02.2007, est normal, à part une activité insertionnelle augmentée du biceps droit, raison pour laquelle il ne peut pas formellement exclure une atteinte radiculaire, malgré l'absence d'amyotrophie du biceps et la préservation des réflexes bicipital et stylo-radial. La raideur résiduelle de l'épaule droite est difficile à évaluer mais on note un rythme omothoracique qui n'est pas perturbé, ce qui parle contre une raideur significative dans le sens d'une capsulite rétractile au niveau de l'épaule droite.

Nous n'avons donc pas mis en évidence une affection orthopédique pour expliquer la clinique chez ce patient et nous pensons que des facteurs non-orthopédiques sont responsables pour la discordance entre les constatations objectives et la forte intensité des plaintes et le handicap subjectif que le patient présente. De ce fait, nous ne retenons pas d'indication à une intervention chirurgicale orthopédique.

Afin de formellement exclure une lésion de la colonne cervicale, nous proposons une évaluation par un spécialiste du rachis, ainsi

qu'une IRM cervicale. Une évaluation par d'autres experts (par exemple, psychiatres et spécialistes des troubles somatoformes) est souhaitable. »

Les Drs N._____ et V._____ ont estimé que le lien de causalité avec l'accident du 2 décembre 2005 n'était que possible, et n'ont pas retenu d'incapacité de travail du point de vue orthopédique, ni de limitations.

Le 26 novembre 2008, la Dresse D._____, médecin assistante au sein de l'I._____ (ci-après : I._____) à [...], a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), de modification durable de la personnalité après une maladie suite à un accident de travail (F 62.8) existant depuis 2005, ainsi que de difficultés liées aux conditions économiques (Z 59) depuis 2005. Elle a estimé que la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle de jardinier-paysagiste que dans une activité adaptée.

Le 16 décembre 2008, le Dr L._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu qu'au vu de l'évolution somatique de la fracture de l'épaule droite et de la situation psychique de l'assuré, une expertise médicale bidisciplinaire d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) était nécessaire.

Dans ce cadre, l'assuré a été examiné le 30 avril 2009 par les Drs K._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du S._____ (ci-après : S._____). Dans leur rapport du 4 mai 2009, ils ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'omarthrose avancée suite à une fracture et une luxation de la tête humérale droite, existant depuis 2006. Quant aux diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, les experts ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) présent depuis fin 2005, ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis 2006. Ils ont conclu à une incapacité de travail totale au plan physique dans l'activité habituelle, cette capacité demeurant entière

au plan psychique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale tant sur le plan physique que psychique.

Pour le surplus, les experts ont fait l'appréciation suivante du cas :

« Au plan somatique :

Assuré de 43 ans qui s'est luxé et fracturé l'épaule droite le 2 décembre 2005. Il a dû être opéré. Les suites ont été compliquées par le développement d'une capsulite rétractile.

Depuis l'accident, Monsieur déclare ne plus pouvoir bouger son MID [recte : MSD]. Il dit devoir être aidé pour tous les gestes de la vie quotidienne.

L'examen clinique est impossible à faire car Monsieur retient volontairement tous les mouvements. Il n'arrive même pas à amener sa main à la bouche, geste qui ne nécessite pas l'utilisation des muscles de l'épaule.

L'examen clinique ne montre pas d'amyotrophie ce qui est étonnant chez quelqu'un qui déclare ne pas bouger son bras depuis près de 4 ans.

L'examen de la main ne montre pas d'œdème, ce qui n'est également pas logique chez quelqu'un qui laisse cette partie du corps constamment en position déclive.

Pour terminer nous n'avons pas trouvé de signe clinique pour une capsulite rétractive. Pas de changement de température du MSD, pas de transpiration, pas de perte de la pilosité.

Nous devons conclure que pour une raison probablement d'origine psychiatrique, Monsieur pense ne plus pouvoir bouger son MSD.

L'examen radiologique, demandé dans le cadre de cette expertise met en évidence une omarthrose avancée. Cette atteinte est la conséquence de la fracture et de la luxation. Elle explique les plaintes du patient et probablement une partie des limitations des amplitudes articulaires, mais cette atteinte ne peut pas expliquer l'entier du tableau clinique.

La capacité de travail dans son métier est nulle.

Dans un travail adapté, sans devoir utiliser son épaule, sans devoir porter, sans devoir lever et soulever le bras, la capacité de travail est entière.

Il est donc essentiel de pouvoir tester sa capacité de travail dans un emploi adapté, car Monsieur n'a pas de qualification professionnelle et il ne peut être employé que dans des métiers non qualifiés.

Au plan psychiatrique :

[...]

Le status décrit dans le rapport de la Dresse D. _____ du 26.11.2008 ne permet pas de conclure à un épisode dépressif sévère mais tout au plus à un épisode dépressif moyen. La prise en charge est mensuelle bien que la psychiatre atteste d'un épisode dépressif sévère et de plus, M. M. _____ n'a pas justifié d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Rien dans le status décrit n'étaye le diagnostic de modification de la personnalité.

Un épisode dépressif sévère qui serait présent depuis presque 4 ans entraîne une péjoration également physique de la personne qui en

souffre. En effet, une personne sévèrement déprimée n'est plus en mesure de s'occuper d'elle-même, elle s'alimente mal, perd du poids, ne prend pas soin de sa personne, ne s'habille plus, ne se lave plus et passe l'essentiel de son temps cloîtré à domicile. Elle n'a aucune envie d'aller se promener à l'extérieur et encore moins de se rendre en vacances en bus public pour un voyage de 1'800 km, ceci annuellement.

A l'examen clinique, Monsieur est bien tonique et vigile. Il élude certaines questions en particulier sur ses activités quotidiennes, ses relations avec sa famille tout en disant que ses enfants et petits-enfants viennent lui rendre visite chaque week-end, tout comme ses sœurs et beaux-frères. [...]

Tant auprès de l'expert rhumatologue que de l'experte psychiatre, M. M. _____ est apparu peu authentique et il n'a pas suscité une grande empathie. [...]

Le fait que M. M. _____ mette essentiellement en avant des plaintes algiques dans un contexte de problèmes psychosociaux conséquents (permis B, difficultés financières, mauvaise intégration) permet de retenir selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10 le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans le cadre de ce trouble douloureux, Monsieur présente un épisode dépressif moyen réactionnel s'inscrivant dans ce contexte et qui ne représente pas une entité séparée.

On ne relève pas de perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie ; M. M. _____ a des contacts réguliers avec ses enfants, petits-enfants, sœurs et beaux-frères. Bien qu'il dise préférer rester seul, M. M. _____ accompagné de sa famille, se rend annuellement en bus public en [...], pour un voyage durant de nombreuses heures.

M. M. _____ ne présente pas d'affection somatique chronique ou de processus maladif s'étendant sur plusieurs années.

Des bénéfices secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer.

On ne peut parler d'échec du traitement car à plusieurs reprises un problème de compliance est évoqué. Par ailleurs, les taux sériques (effectués respectivement 4 heures après la prise de venlafaxine et 18 heures après la prise de mirtazapine) permettent de conclure à une compliance partielle.

L'expertisé dispose de peu de ressources psychiques, toutefois il est en mesure de surmonter ses douleurs, par exemple lors de ses voyages annuels en [...].

Au vu des nombreuses discordances entre ce qui est allégué par M. M. _____ et ce que nous objectivons, une enquête sociale paraît indispensable afin de mieux évaluer cette situation. »

Dans un rapport du 30 juillet 2009, le Dr L. _____ du SMR a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de mars 2007, soit depuis le rapport du 30 mars 2007 des Drs N. _____ et V. _____.

Lors d'une rencontre dans les bureaux de l'OAI le 5 octobre 2009, l'assuré s'est dit incapable de travailler. L'Office a dès lors procédé

à une approche théorique. Il a retenu un revenu sans invalidité de 55'023 fr. en 2007 en se fondant sur les indications fournies par le dernier employeur de l'assuré. Se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique, et tenant compte d'un abattement de 10 % afin de prendre en considération les limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a fixé un revenu avec invalidité de 54'130 francs. Après comparaison de ces deux revenus, il a indiqué que l'assuré ne subissait pas de préjudice économique. Il a ajouté que la capacité de travail de l'intéressé avait été nulle du 2 décembre 2005 à mars 2007.

Le 12 octobre 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il projetait de lui accorder une rente entière du 1^{er} février 2006 au 31 mai 2007, soit trois mois après avoir présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 23 février 2010, l'OAI a adressé un nouveau projet d'acceptation de rente à l'assuré, annulant et remplaçant le projet susmentionné, lui reconnaissant le droit à la rente entière du 1^{er} décembre 2006 au 31 mai 2007. Ceci a été confirmé par décision du 22 octobre 2010.

Le 5 novembre 2010, l'assuré a déclaré renoncer à contester la décision du 22 octobre 2010, mais solliciter un soutien dans la recherche d'un emploi adapté à son état de santé.

Le 9 novembre 2010, une aide au placement a été reconnue à l'intéressé.

L'OAI a pris en charge des frais d'orientation professionnelle du 14 novembre au 13 décembre 2011 en faveur de l'assuré.

Le 9 mars 2012, il a été mis fin à l'aide au placement, faute de réintégration professionnelle.

B. Le 2 mai 2012, l'assuré a contresigné le courrier de son assistante sociale à l'OAI, par lequel elle mettait en avant l'échec des mesures de placement et sollicitait la réouverture du dossier AI.

L'OAI a alors invité l'assuré à rendre plausible la modification de son état de santé.

Donnant suite à cette requête, l'intéressé a transmis le 6 juin 2012 un rapport du même jour de la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de l'I._____. Elle indiquait que l'assuré était suivi à l'I._____ depuis juillet 2007. Elle retenait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) présent depuis 2005, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) depuis 2005, ainsi que de trouble mixte de la personnalité à traits schizoïdes et paranoïaques (F 61.0) depuis le début de l'âge adulte. La Dresse B._____ estimait que le syndrome somatoforme douloureux remplissait les critères posés par la jurisprudence et que l'assuré présentait une incapacité totale de travail. L'intéressé a en outre indiqué devoir subir prochainement une opération pour le traitement d'urgence d'une hernie discale.

Dans son rapport du 6 juin 2012, le Dr T._____ a informé l'OAI d'un nouvel élément par rapport à son courrier de janvier 2007, à savoir une hernie discale lombaire L5-S1 droite, comprimant la racine nerveuse S1 droite et induisant une parésie majeure de l'extension du pied. Sur le plan physique, il y avait une incapacité totale de travail liée à l'épaule droite complètement gelée et inutilisée, à laquelle venait s'ajouter la question de la sciatique parésiante actuelle. Sur le plan psychique, l'assuré était toujours en proie à un syndrome douloureux somatoforme associé à un état dépressif moyen à sévère. Le Dr T._____ a conclu à une évolution globale défavorable depuis l'accident de travail de décembre 2005, l'intéressé n'arrivant pas à mobiliser assez de ressources pour envisager une activité, même en milieu protégé. Selon le médecin, une rente AI devait être allouée.

Le 12 juin 2012, l'assuré a subi une fenestration L5-S1 droite et une cure de hernie discale L5-S1 par séquestrectomie et discectomie (cf. rapport du 2 juillet du Dr TT._____, spécialiste en neurochirurgie au P._____.). Il a effectué une rééducation post-opératoire jusqu'au 27 juin 2012, date du retour à son domicile.

Dans un rapport du 18 août 2012, le Dr T._____ a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une épaule droite bloquée, existant depuis 2005, et comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, des séquelles d'une hernie discale lombaire existant depuis 2012, ainsi qu'un état dépressif sévère depuis 2008. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis 2005. Le Dr T._____ a relevé une péjoration de l'état physique et psychique depuis l'expertise réalisée en 2009 et a estimé qu'une nouvelle expertise devait être effectuée.

Dans un rapport du 20 août 2012, la Dresse B._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) existant depuis 2005, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) existant depuis 2005 également, ainsi que de trouble mixte de la personnalité à traits schizoïdes et paranoïaques (F 61.0) depuis l'âge adulte. L'incapacité de travail était totale depuis 2005. La Dresse B._____ a ajouté que même une activité occupationnelle à 50 %, soit quatre heures par jour, était inaccessible pour le moment et lui semblait très hypothétique à l'avenir.

Dans un rapport du 12 novembre 2012 au Dr T._____, le Dr Z._____, spécialiste en neurochirurgie, a noté qu'après la cure de hernie discale en juin 2012, le patient présentait toujours un déficit au releveur du pied et de l'hallux droits. Il marchait actuellement avec une attelle et se plaignait de lombalgies avec irradiation sur la fesse droite persistant depuis l'intervention. Une IRM lombaire effectuée le 11 octobre 2012 n'avait pas mis en évidence de récurrence de la hernie discale.

Dans un rapport du 14 février 2013, le Dr Z._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L4/L5 droite déficitaire. Au titre de l'anamnèse, il a retenu une sciatique droite déficitaire et, comme constat médical, un déficit persistant du releveur du pied droit.

Dans un rapport du 20 avril 2013, le Dr T._____ a attesté une incapacité totale de travail définitive depuis le 1^{er} juin 2009. Il a posé les diagnostics de parésie du membre inférieur droit, précisant qu'il s'agissait d'une séquelle de la hernie discale, de blocage de l'épaule droite impliquant une impotence totale de cette épaule, de diabète, ainsi que d'un état dépressif moyen à majeur. Il a estimé que la capacité de travail était également nulle dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 3 février 2014, le Dr T._____ a posé les diagnostics d'épaule droite bloquée depuis 2005, de séquelles d'une hernie discale lombaire en 2012, ainsi que d'état dépressif depuis 2008. A titre de constat médical, il a retenu une paralysie des releveurs du pied droit. L'incapacité de travail était totale et définitive depuis 2005, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le Dr T._____ a ajouté que l'état physique et psychique de son patient était définitivement incompatible avec toute profession et qu'une nouvelle expertise rhumatologique et psychique devait être réalisée.

Par projet de décision du 25 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser un reclassement et une rente. Il a expliqué qu'il ne ressortait pas des documents médicaux transmis d'élément objectif en faveur d'une modification de son état de santé au plan psychiatrique. Quant au plan somatique, l'intéressé avait présenté une incapacité de travail, mais uniquement de quelques mois, soit de juin à octobre 2012.

Le 27 mai 2014, l'assuré a formulé des observations relatives à ce projet de décision et a produit un rapport du même jour des Drs G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de

clinique auprès de l'I._____, et RR._____, médecin assistant au sein de l'I._____. Ces médecins déclaraient se rallier à l'appréciation du Dr T._____ du 3 février 2014, lequel proposait une nouvelle expertise rhumatologique et psychique après avoir constaté que l'état physique et psychique de l'assuré était définitivement incompatible avec toute profession.

A la demande du SMR, les Drs G._____ et RR._____ ont posé le 13 octobre 2014 les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) présent depuis 2005, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) existant depuis 2005, ainsi que de trouble mixte de la personnalité à traits schizoïdes et paranoïaques (F 61.0) présent depuis le début de l'âge adulte. Ils ont en outre listé les limitations fonctionnelles de l'assuré au plan psychiatrique comme suit :

- « - Difficultés relationnelles de communication et un repli sur soi dus à sa structure de personnalité rigide et introvertie.
- Irritabilité en lien avec le syndrome douloureux chronique et aussi avec sa méfiance et son interprétativité paranoïaque.
- Difficultés dans la gestion émotionnelle et hypersensibilité au stress en rapport avec son interprétativité et son sentiment de persécution.
- Difficultés cognitives dues à la chronification des pathologies psychiatriques présentées par le patient : difficultés dans les fonctions cognitives supérieures (compréhension, concentration, adaptabilité, élaboration et résolution des problèmes), entraînant une dépendance dans la gestion des tâches administratives et une incapacité à être autonome, avec un sentiment d'impuissance et d'inutilité, ainsi qu'un apragmatisme aggravant l'état dépressif. »

Les médecins ont estimé, au vu des limitations fonctionnelles précitées, que l'incapacité de travail était totale depuis 2005.

Par avis du 29 octobre 2014, le Dr F._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Celle-ci a été confiée au H._____ (ci-après : H._____). L'assuré a été examiné le 20 novembre 2015 par les Drs J._____, spécialiste en médecine interne générale, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 23 novembre 2015 par la Dresse CC._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont rendu leur

rapport le 28 janvier 2016. Ils y ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome fonctionnel du membre supérieur droit in status post-fixation du trochiter (le 13 décembre 2005) pour une fracture-luxation antéro-inférieure de l'épaule droite (le 2 décembre 2005) et status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse (le 20 mars 2006), de lombalgies chroniques, ainsi que de lombosciatalgie de type L5-S1 droite sensitivomoteur déficitaire in status post-fenestration L5-S1 droite, discectomie d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite (le 12 juin 2012). Ils ont posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de hernie hiatale depuis 1998, de diabète de type 2 cortico-induit depuis juillet 2012, d'épisode dépressif moyen chronique, ainsi que de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les experts ont retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle en raison de l'intervention rachidienne. Cette capacité était totale dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, hormis deux incapacités de travail transitoires en relation avec la réduction de la fracture-luxation de l'épaule droite et l'intervention sur le rachis. Des incapacités de travail passagères liées à l'état dépressif pouvaient être admises. En outre, les experts ont cité les limitations fonctionnelles suivantes : « travail avec le bras droit dans le plan horizontal du plan de travail, pas de port de charge du côté droit, travail en position assise, pas de travail avec des engins émettant des vibrations, pas de déplacement, changements de position possibles ». Ils ont encore indiqué que l'assuré disposait de ressources personnelles en précisant en particulier qu'il pouvait compter sur le soutien de sa famille.

Pour le surplus, les experts ont fait l'appréciation suivante du cas :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour, en dehors des troubles de la sensibilité superficielle et profonde, sans territoire précis, au niveau des membres supérieur et inférieur droit, est rigoureusement normal.

Sur le plan du diabète, les autocontrôles montrent des glycémies supérieures aux normes attendues. L'Hb [hémoglobine] glyquée est à 8.5 %, ce qui confirme que le diabète pourrait être mieux réglé, mais cela ne représente aucun caractère incapacitant.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes de Monsieur M. _____ sont restées inchangées, à savoir des douleurs chroniques de l'épaule droite associées à une impotence quasi complète du membre supérieur droit, qu'il doit toujours porter en écharpe plié contre son corps. Les douleurs de l'épaule droite irradient dans la région paracervicale droite entraînant des limitations des amplitudes articulaires de même que des blocages selon l'examiné. Par ailleurs persistent des lombosciatalgies droites associées à une faiblesse des muscles releveurs du pied droit et du gros orteil à droite et à une hypoesthésie/dysesthésie du membre inférieur droit.

Les plaintes sont de type mécanique. Il n'y a pas d'anamnèse, de clinique ou d'image radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire/immunologique.

L'examen clinique a été extrêmement difficile à réaliser au vu du comportement démonstratif et du peu de collaboration de l'assuré.

En définitive, on constate une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, difficilement explicable sur le plan ostéoarticulaire, l'omarthrose radiologiquement constatée n'expliquant pas la symptomatologie. Possiblement, il y a une composante de capsulite rétractile, mais comme l'examiné se refuse à toute mobilisation passive, il est difficile de l'objectiver. Il n'y a d'ailleurs pas de signe d'amyotrophie du membre supérieur droit par rapport au membre supérieur gauche, pas de différence de température, de coloration, ni de phanères. L'examen du coude, du poignet et de la main droite sont dans les limites de la norme.

Par ailleurs, le rachis est quasiment inexaminable par manque de collaboration de l'assuré. On relève cependant l'absence de contracture musculaire para-dorsale et paralombaire. L'examen neurologique des membres inférieurs relève une faiblesse des muscles releveurs du pied et du gros orteil à droite à M3, et pour les muscles péroniers à M3-M4.

La présence de 5/5 signes de non-organicité de Waddell suggère une composante subjective à la symptomatologie algique et fonctionnelle.

L'absence de signe clinique typique de la fibromyalgie empêche de retenir ce diagnostic sur le plan clinique.

Nous relevons la non-collaboration et la démonstrativité de l'assuré, sa non-volonté exprimée de ne pas faire de thérapie par [des] mesures physiques ni d'entreprendre aucune réadaptation.

[...]

Sur le plan psychique :

[...]

Monsieur M. _____ ne se montre pas non plus collaborant avec l'expert psychiatre, son anamnèse étant sujette à caution au vu des réponses évasives qu'il nous donne. Cette attitude agace l'expert psychiatre, qui a le sentiment que Monsieur M. _____ sabote l'évaluation psychiatrique. Cette attitude relationnelle pourrait rentrer effectivement dans le cadre d'un trouble de la personnalité, mais aussi dans une amplification de la symptomatologie.

La question de savoir s'il a vécu des événements traumatisants durant la guerre est en totale contradiction avec ce qu'il a répondu lors de l'expertise de 2009, d'ailleurs cela n'est évoqué dans aucun autre rapport psychiatrique, ni le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a jamais été posé. L'assuré affirme, mais il ne paraît pas sûr de la datation, souffrir de cette symptomatologie, mais

seulement depuis 4 à 5 ans, soit 17 ans après les événements. Face à ces contradictions, il nous est difficile de retenir de manière sûre ni d'exclure formellement un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Néanmoins d'autres points sont plus cohérents avec les plaintes exprimées : la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, les dosages des antidépresseurs parlent en faveur d'une bonne observance médicamenteuse, Monsieur M._____ est suivi régulièrement par des psychiatres depuis juillet 2007 et l'observation professionnelle en fin 2011 constate un rendement de travail n'excédant pas les 2h30 par jour sans qu'il soit fait mention de mauvaise volonté de la part de l'assuré.

Il existe une symptomatologie dépressive chronique depuis 2007, résistante au traitement antidépresseur, apparemment bien observé, dépression qui a régulièrement été estimée comme sévère par ses psychiatres traitants, mais sans jamais nécessiter d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10).

Concernant sa personnalité, l'expertisé semble s'être enfermé dans un rôle de malade tant somatique que psychiatrique. Il semble dépendant de son entourage familial, passif, anhédonique, irritable, révolté et sans espoir. Il a un contact particulier [...]. Nous faisons l'hypothèse que ceci soit lié à un problème psychique non volontaire et pas à une volonté de simulation ou d'amplification, au vu de la bonne observance du suivi psychiatrique intégré et durant son stage d'observation professionnelle. Nous n'avons pas de renseignements fiables antérieurs à son accident qui indiqueraient qu'il avait déjà un caractère pathologique. A notre avis cette description de caractère ne rentre pas dans un trouble de la personnalité bien défini par la CIM-10, dans notre évaluation nous n'avons pas clairement mis en évidence les traits décrits par ses psychiatres. Nous estimons que ce qui précède rentre dans le cadre de la Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Nous retenons ainsi un diagnostic de Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) aussi au vu des conclusions de l'expert rhumatologue (syndrome fonctionnel de l'épaule droite) et du contexte psychosocial de l'assuré (faible intégration de l'expertisé en Suisse et troubles psychiques). D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons que ce trouble est associé à un épisode dépressif moyen chronique.

Concernant ses ressources internes, [nous] retenons que l'expertisé a pu fonder une famille, il a de bonnes relations avec son entourage familial, s'est fait quelques amis et connaissances en Suisse, il a une formation de maçon, a travaillé dans plusieurs pays (son pays d'origine, [...], [...] et Suisse), ce qui pourrait être interprété comme une certaine capacité d'adaptation. Il peut compter sur le soutien de sa famille. Il n'a pas de dettes. Néanmoins, depuis son accident, sa capacité d'adaptation semble avoir été dépassée, il s'est replié sur son entourage familial, ne fait plus que croiser ses relations extrafamiliales, et est inactif. Il a un contact difficile, se montre fermé, irrité, complètement focalisé sur sa souffrance.

Il est régulièrement suivi par des psychiatres depuis plusieurs années, les dosages plasmatiques apportent la preuve d'une bonne observance médicamenteuse. Sa psychiatre actuelle estime que son patient n'a aucune capacité d'introspection, est bloqué dans sa

souffrance, et qu'il est difficile de rentrer en contact avec lui. Il paraît donc être difficilement mobilisable par une approche psychothérapeutique.

Une réadaptation ne nous paraît actuellement pas indiquée.

Ses plaintes sont cohérentes avec la description des activités quotidiennes. La présentation de l'expertisé est invariablement identique avec les trois experts, sa psychiatre traitante et durant l'observation professionnelle de 2011.

Pour toutes les raisons que nous venons de détailler ci-dessus, nous estimons que du point de vue psychique, la capacité de travail de l'expertisé est complète dans toute activité sans diminution de rendement. En effet au vu des multiples contradictions relevées dans ce dossier et observées durant les évaluations psychiatrique et somatique, il nous est impossible d'apporter la preuve d'une atteinte psychique incapacitante sur le long terme. »

Les experts du H. _____ ont notamment joint à leur rapport un courrier du 27 octobre 2015 que leur a adressé le Dr T. _____, lequel indiquait que son patient présentait des problèmes graves, à savoir une épaule droite restée bloquée et inutilisable depuis un accident de travail en 2005, une parésie de l'extension du pied droit séquelle d'une hernie discale opérée tardivement en 2012, avec de très fréquentes lombalgies « liées à un vice de posture permanent par mauvaise démarche et surcharge sur canne anglaise ». Le Dr T. _____ exposait en outre que du point de vue psychique, son patient souffrait d'un état dépressif, avec un repli sur lui-même, un isolement social et des troubles somatoformes invalidants. Il ajoutait qu'une incapacité totale de travail était évidente depuis 2005 et ne faisait que s'aggraver. Une rente entière de l'assurance invalidité devait ainsi être allouée à l'assuré.

Par avis du 16 février 2016, le Dr F. _____ du SMR a estimé que l'expertise du H. _____ était probante et que l'intéressé présentait une capacité de travail entière sans baisse de rendement, dans une activité adaptée aux limitations somatiques, depuis mars 2007, sauf durant les périodes d'incapacité de travail transitoires, notamment de juin à octobre 2012 pour la hernie discale.

Par décision du 30 août 2016, l'OAI a confirmé le refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour à l'assuré, il a expliqué que l'expertise du H. _____ était probante et que les conclusions retenues par les experts devaient primer sur les

constatations des médecins traitants. Ainsi, aucune aggravation de son état de santé psychiatrique n'était reconnue, et seule une aggravation de quelques mois de l'état somatique était attestée.

C. Par acte du 30 septembre 2016, M._____, représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière de l'AI, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il a fait valoir que les conclusions du rapport établi par les experts du H._____ le 28 janvier 2016 ne correspondent absolument pas à son état de santé actuel, estimant que ses différentes atteintes à la santé rendent impossible l'exercice d'une activité professionnelle. Il a également argué du fait que ses médecins traitants ne partageaient pas l'avis des médecins du H._____, annonçant à cet égard la production de rapports. Dans un autre moyen, le recourant s'est étonné qu'aucune péjoration de son état de santé depuis 2010 n'ait été retenue, alors qu'il avait subi en 2012 une intervention relative à une hernie discale, ce qui constituait un élément nouveau dont l'intimé aurait dû tenir compte pour déterminer l'éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles en résultant. Il a également déploré l'absence de comparaison des revenus.

Par décision du 25 octobre 2016, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 septembre 2016, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires.

Le 21 novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Dans sa réplique du 30 janvier 2017, le recourant a maintenu sa position. Il a en outre produit un rapport du 25 octobre 2016 des Dresses G._____ et DD._____, médecin assistante au sein de l'I._____, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10), de modification durable de la personnalité après un accident (F 62.8), ainsi que de syndrome douloureux

somatoforme persistant (F 45.4). Les Dresses G._____ et DD._____ ajoutaient que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et qu'il ne leur semblait pas possible d'envisager une quelconque activité pour leur patient. S'agissant du rapport d'expertise du H._____, elles relevaient notamment que la question des ressources internes et des relations sociales de l'intéressé était loin d'être aussi simple, ce dernier ayant très peu de contacts avec les membres de sa famille et se montrant très irritable au quotidien. Le recourant a également joint à sa réplique un rapport du 18 novembre 2016 de son nouveau médecin traitant, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, qui posait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de troubles mixtes de la personnalité à traits schizoïdes et paranoïaques, de statut post-cure de hernie discale L5-S1 en juin 2012, de parésie du releveur du pied droit en tant que séquelle de la hernie discale, de diabète cortico-induit, ainsi que de troubles mictionnels. Le Dr W._____ indiquait que son patient n'avait plus de capacité de travail dans son activité habituelle, mais que la question d'une activité à 50 % dans une profession adaptée ou en atelier occupationnel devait être évaluée. Au vu de ces rapports, le recourant a exposé qu'il présentait de nombreuses atteintes limitant sa capacité de travail de façon conséquente. Il a en particulier relevé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était confirmé par les médecins traitants, de même que l'existence de séquelles consécutives à la hernie discale opérée en 2012.

Le 23 mars 2017, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis du 1^{er} mars 2017 du Dr F._____ du SMR, qui estimait que les rapports médicaux produits ne contenaient pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en cause les conclusions précédentes du SMR.

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 (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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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 (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

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

b) Le présent litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 2 mai 2012 et porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 22 octobre 2010 - savoir 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 attaquée.

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes

douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de la personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

5. Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 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).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi 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 (ATF 133 V 108 et 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 (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 et 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).

6. En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a mis en avant l'échec des mesures de placement. Il s'est également prévalu de la cure de hernie discale, ainsi que de plusieurs nouveaux diagnostics psychiatriques posés par la Dresse B._____ dans son rapport du 6 juin 2012, en particulier un trouble somatoforme douloureux invalidant.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande. Il convient dès lors 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 22 octobre 2010 - et la décision litigieuse du 30 août 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

L'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, réalisée par les Drs J._____, Q._____ et CC._____ du H._____, qui ont rendu leur rapport le 28 janvier 2016.

a) Sur le plan rhumatologique et de médecine interne, les experts susmentionnés ont notamment posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome fonctionnel du membre supérieur droit in status post-fixation du trochiter pour une fracture-luxation antéro-inférieure de l'épaule droite et status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse. Or l'atteinte au niveau du membre supérieur droit n'est

pas nouvelle et était déjà connue de l'intimé lorsqu'il a rendu la décision du 22 octobre 2010. En effet, cette atteinte a été prise en compte par les Drs K._____ et X._____ du S._____ lorsqu'ils ont déterminé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant dans leur rapport d'expertise du 4 mai 2009, sur lequel s'est notamment fondé l'intimé pour rendre la décision d'octobre 2010. Les experts du S._____ ont en particulier noté que l'intéressé avait déclaré ne plus pouvoir bouger son membre supérieur droit depuis l'accident du 2 décembre 2005. L'examen clinique était impossible à faire car l'expertisé retenait volontairement tous les mouvements. Il n'y avait pas d'amyotrophie, ni de changement de température, ni de transpiration, ni de perte de pilosité du membre supérieur droit. Les experts du S._____ ont ainsi conclu que le recourant pensait ne plus pouvoir bouger son membre supérieur droit pour une raison probablement d'origine psychiatrique, précisant que l'omarthrose avancée expliquait une partie des plaintes du patient et une partie des limitations des amplitudes articulaires. Mais cette atteinte ne pouvait pas expliquer l'entier du tableau clinique. Les observations des experts du H._____ rejoignent celles des spécialistes du S._____. En effet, dans leur rapport du 28 janvier 2016, les experts du H._____ ont relevé que les plaintes du recourant étaient restées inchangées, à savoir des douleurs chroniques de l'épaule droite associées à une impotence quasi complète du membre supérieur droit. Ils ont ajouté que les plaintes étaient de type mécanique et qu'il n'y avait pas d'anamnèse, de clinique ou d'image radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire ou immunologique. Il n'y avait par ailleurs pas de signe d'amyotrophie du membre supérieur droit, ni de différence de température, de coloration ou de phanères. Les experts du H._____ ont également souligné que l'examen clinique avait été extrêmement difficile à réaliser au vu du comportement démonstratif et peu collaborant de l'intéressé. En définitive, ils ont constaté une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, difficilement explicable sur le plan ostéoarticulaire, l'omarthrose radiologiquement constatée n'expliquant pas la symptomatologie. Ainsi, au vu de ces deux rapports d'expertise, il sied de constater que l'état du membre supérieur droit du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision du 22 octobre 2010.

Il n'est pour le surplus pas contesté que depuis cette décision, l'intéressé a dû subir, en 2012, une cure de hernie discale L5-S1 ayant présenté des séquelles. Cette problématique a toutefois largement été prise en compte par les experts du H._____, lesquels ont posé le diagnostic de status post-fenestration L5-S1 droite, discectomie d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite ayant entraîné une lombosciatalgie de type L5-S1 sensitivomoteur déficitaire à droite. Les experts ont au demeurant constaté qu'en dehors des troubles de la sensibilité superficielle et profonde, sans territoire précis, au niveau des membres supérieur et inférieur droits, l'examen était rigoureusement normal sur le plan de la médecine interne. Sur le plan rhumatologique, ils ont fait état de plaintes inchangées du recourant, mentionnant uniquement l'atteinte précitée à l'épaule droite. Ils ont noté que des lombosciatalgies droites associées à une faiblesse des muscles releveurs du pied et du gros orteil droits et à une hypoesthésie/dysesthésie du membre inférieur droit persistaient. L'atteinte aux muscles releveurs du pied droit décrite par les experts rejoint les observations faites par les Drs T._____ (cf. rapport du 3 février 2014) et W._____ (cf. rapport du 18 novembre 2016). Quand bien même une nouvelle atteinte est apparue depuis la décision du 22 octobre 2010, les experts du H._____ ont retenu que la capacité de travail du recourant demeurait entière dans une activité adaptée.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, les différents rapports du Dr T._____, qui estime que son patient présente une incapacité totale de travail dans toute activité, ne concordent pas quant à la date du début de ladite incapacité, fixée à l'année 2005 (cf. rapports des 18 août 2012 et 3 février 2014, courrier du 27 octobre 2015) ou au 1^{er} juin 2009 (cf. rapport du 20 avril 2013). Ce médecin est surtout le seul à estimer que la capacité de travail du recourant est nulle au plan somatique, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis 2005, voire 2009. En effet, les Drs N._____ et V._____ n'ont pas retenu d'incapacité de travail du point

de vue orthopédique (cf. rapport du 30 mars 2007). Quant aux experts du S._____, ils ont indiqué que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée (cf. rapport du 4 mai 2009), comme les experts du H._____. Par ailleurs, le Dr T._____ a été le médecin traitant de l'intéressé, dont les constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra), tout comme celles du Dr W._____, médecin traitant actuel, lequel n'a au demeurant pas non plus totalement exclu une capacité de travail, mentionnant que la question d'une activité adaptée à un taux de 50 % devait être évaluée (cf. rapport du 18 novembre 2016). Pour le surplus, les rapports des Drs T._____ et W._____ n'apportent pas d'éléments nouveaux de nature à remettre en question les conclusions du rapport d'expertise du H._____. En particulier, les troubles mictionnels mentionnés pour la première fois dans le rapport du 18 novembre 2016 du Dr W._____, sans plus amples indications, ne sont pas suffisants. Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions des experts du H._____ et de considérer que sur le plan somatique, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'expertise du H._____ a en effet été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en compte les plaintes de l'intéressé. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et ses conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr F._____ du SMR, qui s'y est rallié (cf. avis du 16 février 2016).

b) Sur le plan psychique, les experts du H._____ n'ont posé aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Ils ont en particulier expliqué les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas retenu d'état de stress post-traumatique. Selon eux, les réponses formulées par le recourant à la question de savoir s'il avait vécu des événements traumatisants durant la guerre étaient en contradiction avec ce qu'il avait déclaré lors de l'expertise du S._____ réalisée en mai 2009. En outre, cette problématique n'avait été évoquée dans aucun autre rapport psychiatrique. De plus, l'intéressé affirmait, sans être sûr de la datation,

qu'il souffrait de cette symptomatologie seulement depuis quatre à cinq ans, soit dix-sept ans après les événements.

Les experts du H._____ ont également exposé les motifs pour lesquels ils retenaient un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10), soulignant que cette dépression avait été régulièrement estimée comme sévère par les psychiatres traitants du recourant, mais sans jamais nécessiter d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans leur dernier rapport, daté du 25 octobre 2016, les Dresses G._____ et DD._____ ont d'ailleurs posé le même diagnostic que les spécialistes du H._____.

Pour le surplus, les experts du H._____ n'ont pas retenu de trouble somatoforme douloureux, ni de fibromyalgie. Ils ont indiqué que l'absence de signe clinique typique de la fibromyalgie empêchait de retenir ce diagnostic sur le plan clinique. En revanche, ils ont posé le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), exposant que l'expertisé semblait s'être enfermé dans un rôle de malade tant somatique que psychiatrique. Il paraissait dépendant de son entourage familial, passif, anhédonique, irritable, révolté et sans espoir. Les experts ont émis l'hypothèse que cela était lié à un problème psychique non volontaire et pas à une volonté de simulation ou d'amplification, au vu notamment de la bonne observance du suivi psychiatrique. Ils ont expliqué qu'ils retenaient ce diagnostic également au vu des conclusions au plan rhumatologique, à savoir un syndrome fonctionnel de l'épaule droite, et du contexte psychosocial, soit une faible intégration de l'expertisé en Suisse, liée à des troubles psychiques. Le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques sort a priori du champ d'application de l'ATF 141 V 285 relatif aux troubles somatoformes douloureux et aux troubles psychosomatiques comparables (cf. consid. 4b supra). Toutefois, même s'il devait être admis que ce trouble doive être examiné à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence précitée, il ne serait, à l'issue de cet examen, pas non plus considéré comme invalidant. En effet, sur le plan des indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel, il y a

lieu de relever que le recourant n'est pas collaborant s'agissant de mesures qui permettraient d'améliorer l'état de son épaule droite. Il a déclaré aux experts du H._____ ne pas vouloir faire de thérapie par des mesures physiques, ni entreprendre une réadaptation. La résistance aux traitements ne saurait ainsi être retenue. De plus, la seule comorbidité psychiatrique est un épisode dépressif moyen chronique, lequel n'est pas incapacitant selon les experts du H._____. En outre, l'intéressé dispose de certaines ressources adaptatives, au vu notamment de son parcours professionnel effectué dans plusieurs pays différents, à savoir la [...], l' [...], la [...] et la Suisse. Par ailleurs, il a pu fonder une famille et a de bonnes relations avec son entourage familial. Contrairement à ce qu'ont indiqué les Dresses G._____ et DD._____ dans leur rapport du 25 octobre 2016, à savoir qu'il avait très peu de contact avec les membres de sa famille et se montrait irritable au quotidien, le recourant a décrit aux experts du H._____ une bonne relation avec son épouse, de même qu'avec ses quatre enfants et ses petits-enfants, qu'il fréquente régulièrement. En outre, l'intéressé sort se promener trois fois par jour et discute avec les personnes qu'il rencontre. Il apparaît ainsi qu'il conserve des ressources personnelles. Par conséquent, même après un examen selon les indicateurs développés par la jurisprudence susmentionnée, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être reconnu comme invalidant.

Sur le plan psychique également, l'expertise du H._____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en considération les plaintes du recourant. En outre, l'appréciation des experts est claire et leurs conclusions sont bien motivées. L'expertise dispose ainsi d'une pleine valeur probante.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de cette expertise. En particulier, les appréciations des Drs B._____, G._____, RR._____ et DD._____, psychiatres traitants successifs de l'intéressé au sein de l'I._____, ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Ils n'apportent pas d'éléments psychiatriques nouveaux. En effet, ces médecins font une appréciation différente d'une même situation clinique. Les experts du H. _____ ont expliqué avec précision les raisons pour lesquelles ils retenaient les diagnostics posés, au détriment d'autres. Par ailleurs, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles des médecins traitants. Pour toutes ces raisons, il y a lieu de se rallier aux conclusions des experts quant à la pleine capacité de travail du recourant au plan psychique.

c) Ainsi, l'état de santé de l'intéressé, tant somatique que psychique, ne s'est pas aggravé depuis la décision du 22 octobre 2010 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

d) Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la situation du recourant est équivalente à celle ayant donné lieu à la décision d'octobre 2010. L'OAI n'avait ainsi pas à procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Quoi qu'il en soit, le revenu de l'ESS pour des activités simples et répétitives couvre un éventail d'activités suffisamment large pour que plusieurs d'entre elles soient accessibles au recourant. Par ailleurs, même si une nouvelle comparaison des revenus avait été opérée, et ceci même avec un taux d'abattement de 25 % - soit le maximum autorisé par la jurisprudence, étant précisé qu'il n'est pas admis qu'un tel taux aurait été retenu dans le présent cas au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressé - sur le revenu d'invalidé, le taux d'invalidité du recourant aurait été largement inférieur au taux de 40 % nécessaire pour se voir octroyer une rente de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3a supra). En effet, selon l'ESS de 2012, le revenu auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités manuelles simples dans le secteur privé s'élevait à 5'210 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire compris. Dans la mesure où les salaires statistiques prennent en compte un horaire de quarante heures, alors que la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 était de 41,7 heures (cf. La Vie économique, n°12-2014, p. 92,

tableau B 9.2), le revenu mensuel atteignait 5'431 fr. 43, soit un montant de 65'177 fr. 16 par an. Compte tenu d'un abattement hypothétique de 25 %, le revenu annuel avec invalidité s'élèverait à 48'882 fr. 87. Quant au revenu sans invalidité, il a été fixé à 55'023 fr. en 2007 selon les indications du dernier employeur du recourant et n'a pas été contesté par ce dernier. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2007 à 2012 (+ 2 %, + 2.1 %, + 0.8 %, + 1 %, + 0.8 % [cf. Tableau T39 Evolution des salaires nominaux 1976-2015, Office fédéral de la statistique]), ce qui conduit à un gain annuel sans invalidité de 58'804 fr. 77. Après comparaison des revenus sans invalidité (58'804 fr. 77) et avec invalidité (48'882 fr. 87), le taux d'invalidité de l'intéressé s'élèverait à 16,87 %, soit un taux inférieur au minimum requis pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Ainsi, en tout état de cause, le recourant ne pouvait prétendre à une telle rente.

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

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y

a pour le surplus 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).

**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 30 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- V. 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 :

- Procap (pour M. _____)
- 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 :