

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 octobre 2011

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       MM. Dind et Bonard, assesseur  
Greffier     :       M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Denis Bridel, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16 LPGA; 4 al. 1, 18 al. 1 et 28 LAI; 87 al. 3  
et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1952, a, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1990, travaillé comme ouvrier au service de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA, à L.\_\_\_\_\_. Il a, le 18 octobre 1996, déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant principalement à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente. Il indiquait souffrir de l'épaule droite et du dos.

Instruisant la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), a recueilli des avis médicaux, dont il est notamment ressorti que l'assuré avait subi une opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, effectuée le 20 juin 1996 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, à Lausanne. Ce praticien avait mis l'assuré au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% dès le 21 mai 1996, puis à 50% du 7 au 25 octobre suivant. Le dossier comportait, à la date du 25 octobre 1996, la mention suivante: «Vu que je ne lui fais pas d'AT à 100 il veut aller voir un autre médecin et refuse tout traitement. Pas de certif pour le travail aujourd'hui (sic)». Dans un rapport du 4 septembre 1997 établi à la requête de l'OAI, ce praticien a indiqué ce qui suit: «N'ai pas revu le patient depuis (le) 25/10/96 vu que je ne lui ai pas donné l'AT demandé». Dans un rapport adressé le 21 mars 2000 au médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, à Prilly, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le patient présentait une «ankylose post-opératoire douloureuse sans explication rationnelle (...). Sur un plan théorique, seul un travail très léger n'impliquant pas d'utilisation soutenue du membre supérieur droit pourrait être envisagé (travaux de surveillance par exemple)».

Dans un rapport du 25 octobre 1996, le Dr G.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis le même jour, tout en insistant sur la nécessité de procurer au patient un travail adapté.

Selon un avis libellé le 27 janvier 2000, confirmé par une note complémentaire du 13 novembre 2000 et par une enquête effectuée sur le lieu de travail et ayant fait l'objet d'un rapport du 27 décembre 2000, l'activité de surveillant de chaîne de production ou de chargement des boissons sur des palettes était adaptée à l'état de santé de l'assuré. Elle n'impliquait en effet ni port de charges, ni «stress» (terme figurant dans le rapport du 27 décembre 2000) et le rythme de travail était lent. Cette activité existait encore au sein de l'entreprise. Depuis son engagement, les seules activités de l'assuré impliquant, dans une certaine mesure, le port de charges lourdes avait consisté à soulever un rouleau de film d'emballage de 80 kg, ce deux fois par jour, toujours avec l'aide d'un collègue et jusqu'en 1996 seulement.

Pour ce qui était des gains déterminants, l'administration avait considéré que l'activité d'ouvrier chargé de la surveillance d'une ligne de production rapporterait à l'assuré un gain annuel brut de 54'041 fr., ce d'après les déclarations de l'ex-employeur consignées dans un rapport établi par W. \_\_\_\_\_ le 9 juin 2000. Cette rétribution serait équivalente au gain acquis précédemment au service de l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA, dont l'évolution était retracée depuis 1994 par un relevé établi par cet employeur le 29 avril 1997.

Par décision du 16 février 2001 fondée sur la comparaison des gains ci-dessus, l'OAI a rejeté la demande de rente, au motif que le taux d'invalidité de l'assuré était nul.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances. Il produisait en annexe à son recours une déclaration du 8 mars 2001 de son ancien employeur, à la teneur suivante:

«Tout au long de l'activité de M. V. \_\_\_\_\_ dans notre entreprise, nous avons tenté d'adapter son travail à ses capacités physiques comme indiqué dans (le rapport du 27 décembre 2000 de W. \_\_\_\_\_). Toutefois, il nous faut déclarer que même les travaux les moins pénibles étaient devenus irréalisables pour M. V. \_\_\_\_\_ et ceci attesté (sic) par les multiples certificats médicaux ayant conduit rapidement notre collaborateur à une incapacité totale de travail.

En avril 1997, nous avons (...) dû pratiquer un licenciement collectif, c'est pourquoi, tout "naturellement", M. V. \_\_\_\_\_ a été contraint de quitter notre entreprise (...)».

Le recourant a encore produit des certificats établis les 18 mai, 18 octobre 2001 et 5 mars 2002 par le Dr R. \_\_\_\_\_. A en outre été versé au dossier un rapport rédigé le 14 mai 2002 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du service d'orthopédie de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, qui se référait à un examen par IRM des deux épaules pratiqué à une date non précisée de l'année 2000.

Par jugement du 8 octobre 2002 (AI 115/01 - 283/2002), le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assuré et a maintenu la décision attaquée. En substance, il a retenu ce qui suit:

«c) A l'appui d'un taux d'invalidité nul, l'intimé se prévaut de la comparaison des gains à laquelle il a procédé. Pour sa part, le recourant excipe de l'expertise du COMAI. Il considère que sa capacité résiduelle de travail ne peut dépasser 50%, ce d'autant qu'il occupe actuellement un poste léger à ce taux.

Il y a lieu, avant tout examen des avis médicaux, de statuer sur les éléments économiques retenus pour la détermination du taux d'invalidité, puisque l'intimé s'est fondé sur ceux-ci au détriment de ceux-là. A cet égard, le gain d'invalidité retenu par l'OAI a été comparé à un gain de chauffeur-livreur; or, l'assuré n'a jamais exercé cette activité au service de l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA, pas plus qu'il n'a dû manutentionner des caisses de bouteilles à la main, mais a bien plutôt été occupé exclusivement à la surveillance, que ce soit à la chaîne de production ou au chargement automatique des boissons sur les palettes. Sa mention dans le dossier procède d'une erreur due, d'après l'enquêteur W. \_\_\_\_\_, à de fausses déclarations de l'intéressé.

En outre, l'ex-employeur a sans équivoque indiqué que l'assuré avait perdu son emploi en raison d'un licenciement collectif, et non en raison d'une résiliation de son contrat de travail due à son état de santé; l'enquêteur W. \_\_\_\_\_ a du reste relevé, dans son rapport du 13 novembre 2000, que, lors de la restructuration, ce sont "les moins motivés qui ont reçu leur congé".

Quant au gain sans invalidité, de 54'041 francs, il a été fixé selon les déclarations de l'ex-employeur, valeur 2000.

d) Cela étant, le calcul du gain d'invalidité implique de déterminer le type d'emploi pouvant être occupé par le recourant. Cet examen nécessite le recours aux éléments médicaux.

Il est clairement établi que, malgré son atteinte à l'épaule droite confirmée notamment par le Dr N.\_\_\_\_\_, le recourant pourrait occuper son dernier emploi au service de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA. Strictement sédentaire, ce poste correspond entièrement aux limitations décrites par le Dr R.\_\_\_\_\_, qui mentionne expressément des travaux de surveillance. En outre, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait reconnu son patient apte à occuper un tel poste à 100 % moins de six mois après l'intervention chirurgicale. A l'évidence, ces avis ne sont nullement réfutés par l'assertion de l'ex-employeur selon laquelle même les travaux les moins pénibles étaient devenus irréalisables pour le recourant. Cet emploi ne nécessite en effet aucun port de charge, ni l'usage soutenu des membres supérieurs. Plus généralement, le recourant est assurément apte à occuper tout emploi léger sédentaire peu qualifié, analogue à celui qu'il occupait avant d'être victime d'un licenciement collectif. Peu importe à cet égard que son dernier employeur connaissait son état de santé et lui avait dès lors délibérément attribué un poste idoine.

4. L'assuré pouvant ainsi occuper un emploi léger sédentaire, il reste à déterminer s'il encourt une perte de gain dans un tel poste de nature à ouvrir droit à une rente.

La comparaison des gains à laquelle a procédé l'intimé exclut à l'évidence tout préjudice économique ouvrant droit à une rente. Au vrai, soutenir le contraire friserait la témérité.»

Ce jugement n'a pas fait l'objet d'un recours.

**B.** Le 20 novembre 2002, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, tendant à l'octroi d'une rente. Par courrier de son avocat du 21 novembre 2002 à l'OAI, il a expliqué que dans la mesure où le jugement retenait que c'était en vain qu'il avait excipé d'une péjoration de son état de santé postérieure à la notification de la décision attaquée, il déposait cette nouvelle demande. Il a joint à son envoi un certificat médical du 15 novembre 2002 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_, qui attestait d'une incapacité de travail continue depuis le 25 octobre 1996.

Dans un rapport médical du 20 décembre 2002 adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés avec status après suture et rerupture de la coiffe des rotateurs à droite. Il s'est en outre exprimé comme suit:

**"Rappel anamnestique:** depuis une dizaine d'années, cet ancien charpentier a des ennuis avec ses deux épaules, à commencer par la droite qui était déjà douloureuse en 1990, sans traumatisme antécédent et qui l'avait forcé à changer de travail comme ouvrier chez P. \_\_\_\_\_ SA. En 1995, il a dû arrêter à cause de douleurs de plus en plus importantes de cette épaule droite et en 1996, une intervention ouverte a été pratiquée avec probablement reconstruction de la coiffe des rotateurs, acromioplastie, résection claviculaire distale. Les suites de cette intervention ont été selon les dires du patient plutôt défavorables avec un état pire après qu'avant.

Il y a effectivement une limitation active très importante des mouvements de son épaule droite, ne peut pratiquement effectuer que des mouvements à 0 degré d'abduction mais n'a, en ce moment, que relativement peu de douleurs de ce côté. Depuis quelques mois, des mêmes douleurs qui étaient présentes initialement à l'épaule droite ont commencé à se manifester à l'épaule gauche. Il s'agit principalement de douleurs à l'abduction et à l'antépulsion ainsi que la nuit lorsqu'il dort sur cette épaule.

Il se plaint également de paresthésies mal systématisées, occasionnelles et d'un manque de force. Une demande A.I. aurait été effectuée pour l'épaule droite mais des prestations auraient été refusées.

Il est, par ailleurs, en bonne santé habituelle et est actuellement sans travail.

**A l'examen clinique:** ce patient de constitution pycnique porte les deux épaules à la même hauteur. Il y a une atrophie importante des fosses sus et sous-épineuse à droite avec une cicatrice de Kocher-Gschwend qui est calme. La sensibilité du moignon de l'épaule est nettement diminuée dans la région du nerf axillaire à droite comparativement à gauche où il est intact. Il y a un déficit majeur de la force en abduction et en rotation externe à droite, une force conservée mais douloureuse dans le sens d'un test de Jobe positif à gauche. Le sous-scapulaire est également très faible mais présent à droite, fort et indolore à gauche. L'abduction active atteint 60 degrés à droite, 90 degrés à gauche. L'abduction passive atteint 90 degrés à droite et 120 degrés à gauche. Rotation externe à droite 30 degrés, à gauche 60 degrés. Pouce sur la fesse à droite, pouce dans la région L1 à gauche. Il y a notamment des signes d'irritation bicipitale très marquée à gauche avec un Palm-up test et un test de Yergason positifs. Pas de signes précis de l'acromio-claviculaire à gauche. La région cervicale n'est pas douloureuse en soi et présente une mobilité libre. Il n'y a pas de troubles neurovasculaires.

L'**IRM** de l'épaule droite datant de 5 ans après l'intervention montre une rupture totale du sus-épineux et une rupture partielle du sous-épineux ainsi qu'un amincissement du sous-scapulaire. Il y a également une ascension de la tête.

L'**IRM** pratiquée récemment à gauche montre une tendinopathie modérée du sus-épineux sans rupture complète avec un bon centrage de la tête.

**Appréciation et proposition:** devant ce syndrome sous-acromial et cette irritation bicipitale qui commence à gauche, et qui a déjà été traitée par 4 infiltrations sous-acromiales, le traitement le plus approprié reste difficile à déterminer. En effet, au vu de l'évolution catastrophique à droite, la plus grande retenue s'impose quant à un geste chirurgical.

*Pour l'instant, j'ai envoyé le patient faire des radiographies standard afin de pouvoir apprécier l'existence d'éventuels dépôts calciques et de troubles dégénératifs. En fonction de ces résultats, l'attitude définitive sera décidée.*

*Dans le cadre d'un traitement chirurgical, je proposerai uniquement une arthroscopie avec bursoscopie et débridement sous-acromial sans geste ouvert ou geste reconstructeur massif."*

Dans un rapport médical du 3 février 2003 adressé au Dr G. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"J'ai revu le patient susnommé le 31 janvier 2003 à ma consultation, après avoir discuté de son dossier radiologique avec les radiologues de la Clinique D. \_\_\_\_\_.

La situation est la suivante:

Du côté droit, il s'agit d'une épaule qui a subi une opération majeure de reconstruction de la coiffe des rotateurs qui s'est soldée par des calcifications, même probablement des ossifications dans l'espace sous-acromial rendant la mobilité très difficile. La coiffe des rotateurs est présente et visible en continuité sous forme d'une mince couche tendino-musculaire, mais les muscles ne sont pas rétractés et ne sont que peu infiltrés par de la graisse.

Du côté gauche, ainsi qu'on peut le voir sur une IRM datant de 2000, il y a une tendinopathie de la coiffe des rotateurs mais sans rupture et le patient est gêné par un syndrome de conflit sous-acromial persistant. Cependant, de ce côté, selon ses dires, ce syndrome a chaque fois bien réagi à une infiltration sous-acromiale et l'effet a duré 5 à 6 mois.

J'ai donc discuté avec lui du plan de traitement suivant: tout d'abord nous avons refait ce jour une infiltration de l'espace sous-acromial gauche. En cas d'effet positif, nous attendrons la réapparition des symptômes pour cette fois-ci refaire une nouvelle IRM afin de s'assurer que la tendinopathie n'a pas progressé. Si la coiffe est intacte, je lui proposerai alors une opération mini-invasive de décompression sous-acromiale arthroscopique sans pratiquer de geste reconstructeur ni ouvert. Cela sera uniquement en cas de bon résultat de cette intervention que nous reconsidérerons la situation à gauche et nous discuterons s'il y a lieu de faire une ablation des calcifications pour tenter d'améliorer un peu la fonction de l'épaule droite. Je le reverrai tout d'abord dans 15 jours pour apprécier l'effet à court terme de la nouvelle infiltration."

Le 25 mars 2003, l'OAI a adressé au conseil de l'assuré la lettre suivante:

"Une demande de rente déposée après un refus de ces prestations doit établir de manière plausible une modification de l'invalidité ou de l'impotence susceptible d'influencer le droit aux prestations (article 87, alinéa 4, RAI).

Vous voudrez bien adresser un certificat médical attestant une aggravation de l'état de santé de notre assuré, nous décrivant ladite aggravation et nous en précisant la date. A défaut de certificat, nous ne pourrions pas entrer en matière sur votre demande."

Le 8 avril 2003, le conseil de l'assuré a répondu à cette lettre en joignant, outre les deux rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ cités ci-dessus, un rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2003. Celui-ci y expliquait qu'il avait adressé l'assuré au Dr M. \_\_\_\_\_, en raison de l'aggravation progressive de son état. Cette aggravation consistait en des douleurs aux épaules et une limitation fonctionnelle progressive de celles-ci, en particulier de l'épaule gauche, atteinte en dernier. Etait également joint un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2003, dans lequel ce spécialiste a posé les diagnostics de tendinopathie grave de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec calcifications intra-articulaires extensives et déficit fonctionnel douloureux, ainsi qu'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs débutante à gauche. Il a en outre constaté ce qui suit:

"Je suis ce patient depuis décembre 2002. D'après les éléments du dossier, les différents examens radiologiques et mon examen clinique, je conclus que l'état de ce patient s'est aggravé au cours de l'année 2002 avec notamment une augmentation des douleurs de l'épaule droite, avec documentation de calcifications qui n'étaient pas mentionnées sur les examens précédents, et apparition d'une symptomatologie analogue à l'épaule gauche."

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 9 mai 2003, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de tendinopathie grave de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, existant depuis 1996 et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, existant depuis 2002. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une dépression larvée. Il constatait une atrophie musculaire de l'épaule droite, une diminution importante de la

force à l'épaule droite et une limitation importante des mouvements; il retenait des douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche et une limitation partielle des mouvements. Il était d'avis que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et qu'aucune activité n'était exigible, en raison du fait qu'il ne pouvait utiliser aucun de ses bras. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 octobre 1996. Etaient joints les rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2002 et du 4 avril 2003.

Dans un rapport médical destiné à l'OAI du 1<sup>er</sup> juillet 2003, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, existant des deux côtés depuis environ 10 ans. Ce praticien a indiqué que, selon les dires de l'assuré, l'aggravation était progressive du côté droit depuis l'opération de 1996, alors qu'à gauche, l'apparition d'une symptomatologie analogue était observée depuis le mois d'août 2002 environ. Après avoir expliqué en quoi consistait cette aggravation pour chacune des épaules, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé qu'un "travail théoriquement faisable" pouvait correspondre à une activité légère n'impliquant pas de mouvement de plus de 60° d'abduction des épaules. Il doutait en revanche qu'une réadaptation de l'assuré fût envisageable, étant donné son niveau d'éducation. Il ne s'est pas prononcé sur le taux de capacité résiduelle de travail.

Les 2 septembre 2003 et 24 novembre 2003, le conseil de l'assuré a produit deux certificats médicaux datés respectivement du 1<sup>er</sup> septembre et du 26 novembre 2003, dans lesquels le Dr G. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 25 octobre 1996 ce, pour une durée indéterminée.

Dans un avis médical SMR du 11 décembre 2003, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a constaté ce qui suit:

"2<sup>ème</sup> demande de rente déposée le 22.11.2002, après un refus de prestations confirmé par le TCA dans un jugement du 08.10.02. La première demande datait du 18.10.1996.

L'assuré avance comme raison de sa nouvelle demande une «aggravation de son état de santé».

L'aggravation présumée est attestée par le Dr G.\_\_\_\_\_, son médecin traitant. Comme celui-ci a toujours attesté une incapacité totale, son avis doit être relativisé. Il indique essentiellement une augmentation subjective des douleurs et des limitations.

Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, il confirme l'importance des atteintes au niveau des épaules en particulier à droite. Il n'a pas connu ce patient avant la date du jugement du TCA. Il conclut d'après les éléments au dossier, les différents examens radiologiques et [son] examen clinique que l'état du patient s'est aggravé au cours de l'année 2002. Les éléments avancés sont les suivants:

- Une augmentation des douleurs de l'épaule droite. Il s'agit là d'un élément purement subjectif. Le Dr M.\_\_\_\_\_ précise du reste bien «selon ses dires».
- La documentation de calcifications de l'épaule droite qui n'étaient pas mentionnées sur les examens précédents. Ces calcifications font partie intégrante de la maladie de base et ne constituent pas en tant que telles une limitation fonctionnelle supplémentaire. Il n'y a pas de rapport direct entre les images radiologiques et la clinique. Que l'épaule droite de cet assuré soit sévèrement limitée n'est pas un fait nouveau, et il en a été tenu compte dans la décision de l'AI du 16.02.2001, fondée sur les considérations théoriques de l'OR.
- L'apparition d'une symptomatologie à l'épaule gauche. Ce fait n'est pas nouveau non plus. Dans son rapport du 19.10.2000, le Dr R.\_\_\_\_\_ écrivait déjà que l'assuré signalait des douleurs de l'épaule gauche depuis quelques mois. Le Dr R.\_\_\_\_\_ avait pratiqué une infiltration de cette épaule et proposait même en cas d'échec un traitement chirurgical de l'épaule gauche !
- Ceci dit le Dr M.\_\_\_\_\_ confirme dans son rapport du 1.7.03 qu'une activité légère n'impliquant pas de mouvement de plus de 60° d'abduction (=élévation latérale) des épaules est théoriquement possible. C'est correspond très exactement au travail de surveillant pris comme base dans la décision de l'OAI.

En conclusion, il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux justifiant une entrée en matière sur la 2<sup>ème</sup> demande."

Par décision du 15 décembre 2003, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, au motif que selon les renseignements médicaux en sa possession, il n'y avait pas d'éléments nouveaux depuis sa décision du 16 février 2001 justifiant une entrée en matière.

Le 30 janvier 2004, l'assuré a formé opposition contre cette décision dont il demande l'annulation, soutenant qu'il était contraire à la vérité de considérer que son état de santé n'avait subi aucun changement, puisque l'on savait qu'il était désormais privé de l'usage de ses deux bras et qu'il n'était plus en mesure d'assumer une fonction comparable à celle qu'il exerçait au service de P. \_\_\_\_\_ SA.

Par décision sur opposition du 18 mars 2005, l'OAI a admis l'opposition de l'assuré, annulant la décision du 15 décembre 2003 et renvoyant le dossier à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision sur le fond après toute mesure d'instruction utile. Il a en bref considéré être entré en matière sur la nouvelle demande du 22 novembre 2002 puisqu'il avait entrepris de l'instruire, en sollicitant notamment des rapports médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré. Il devait donc statuer au fond une fois la procédure d'instruction achevée.

Dans un rapport médical du 15 avril 2005 destiné à l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de conflit sous-acromial des deux épaules, existant depuis longtemps. Il a relevé une très légère amélioration depuis l'opération du 16 novembre 2004, même si selon lui la capacité de travail dans l'activité antérieure restait nulle. En revanche, un travail manuel léger sans abduction des épaules ou des petits travaux assis à une table basse pouvait constituer une activité adaptée de l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_, qui ne se prononçait toutefois pas sur le taux exigible dans une telle activité.

Le 23 mai 2005, puis le 17 juin 2005, le conseil de l'assuré a produit deux certificats médicaux datés respectivement des 17 mai et 14 juin 2005, dans lesquels le Dr G. \_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 25 octobre 1996 jusqu'au mois d'août 2005.

Dans un rapport médical du 22 août 2005, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de tendinopathie grave des rotateurs droit et gauche, status après deux opérations de la coiffe des rotateurs droite et ankylose des deux épaules, surtout à droite.

Il estimait que l'état de santé de l'assuré s'aggravait avec la présence de calcifications, une ankylose à droite et à gauche étant par ailleurs certifiée par le Dr M. \_\_\_\_\_ qui avait opéré l'assuré. Le Dr G. \_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail était nulle dans toute activité et que le moment était venu d'accorder à l'assuré une rente entière d'invalidité.

Le 7 septembre 2005, le conseil de l'assuré a produit un certificat médical daté du 2 septembre 2005, dans lequel le Dr G. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 25 octobre 1996, valable pour tout le mois de septembre 2005.

Dans un avis médical SMR du 20 septembre 2005, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, a résumé la situation comme suit:

"Date de la demande: 22.11.2002

Il s'agit de la deuxième demande. La première demande date du 10.1996. Le refus a été confirmé par le TCA (08.10.2002): CT entière dans une activité adaptée.

Le MT ainsi que l'orthopédiste confirme une aggravation des douleurs des épaules.

Diagnostic retenu: conflit sous-acromial des deux épaules.

Voir avis médical du 11.12.2003.

A noter que l'assuré a été opéré de l'épaule droite en novembre 2004.

Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_, orthopédiste, du 15.04.2005 est peu clair. Il juge la CT nulle, mais note qu'un travail manuel léger avec aucune abduction des deux épaules serait adapté (dernier travail était de ce genre), sans qu'il se prononce sur le taux.

Le Dr G. \_\_\_\_\_, MT, juge la CT nulle dans toute activité (ce dernier atteste une IT totale depuis 1996) (rapport du 22.08.2005).

**Au vu des informations médicales quelque peu contradictoires, nous allons convoquer l'assuré pour un examen orthopédique au SMR afin de pouvoir déterminer la CT ainsi que les limitations fonctionnelles."**

Le 26 septembre 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI une lettre rédigée en ces termes:

"Voici quelques renseignements sur l'évolution du patient susnommé.

Je l'avais opéré en novembre 2004 de son épaule droite. A l'époque, j'avais enlevé deux grosses calcifications de l'espace sous-acromial en espérant améliorer un peu la mobilité et les douleurs. A presque une année de cette intervention, force nous est de constater que les progrès sont maigres, notamment la fonction de l'épaule ne s'est pas beaucoup améliorée à part un petit peu en élévation antérieure. Les douleurs sont restées, aux dires du patient, quasiment semblables.

Au niveau de cette épaule droite, on assiste donc à une stabilisation de l'état avec un déficit important dans la fonction de l'épaule notamment une impossibilité de réaliser les gestes à plus de 40 degrés d'abduction et des douleurs diurnes et nocturnes même au repos. L'abduction active n'est possible que jusqu'à environ 45 degrés et l'abduction passive lui permet d'atteindre environ 10 degrés de plus. Les rotations sont également fortement diminuées.

On peut admettre que le patient a donc perdu une grande partie de la fonction de son épaule et de son membre supérieur droit ce qui, à mon sens, influe durablement sur sa capacité de travail.

L'autre épaule est actuellement stabilisée mais souffre aussi d'un syndrome sous-acromial chronique que je traite pour l'instant par infiltrations.

Du point de vue psychosomatique, je ne pense pas qu'il y ait exagération de la pathologie. A mon avis, sa capacité de travail comme manœuvre sur un chantier est de 0 et le restera. Les possibilités de réinsertion professionnelle me paraissent très minces chez ce patient.

Je vous prie de prendre rapidement une décision à son propos."

Le 14 novembre 2005, le conseil de l'assuré a produit un certificat médical daté du 9 novembre 2005, dans lequel le Dr G. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 25 octobre 1996, valable pour les mois de novembre et décembre 2005.

Un examen orthopédique de l'assuré a été pratiqué le 5 décembre 2005 au SMR par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport du 21 février 2006, ce spécialiste a posé les diagnostics suivants:

**"DIAGNOSTICS**

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

- Raideur et douleurs persistantes de l'épaule droite après chirurgie de la coiffe des rotateurs (M 75.1).
- Omarthrose débutante à droite (M 19.1).
- Tendinopathie du sus-épineux sans rupture épaule gauche (M 75.1).
- Cervicalgies sans substrat radiologique (M 54.2)

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

- Obésité avec BMI à 34.
- Scoliose double courbure à faible rayon.
- Raccourcissement du MIG de 1.
- Status après cure chirurgicale de maladie de Dupuytren du 4<sup>ème</sup> rayon de la main droite."

Sous l'intitulé "appréciation du cas", il a écrit ce qui suit:

"Assuré de 53 ans, né en Espagne, ayant travaillé comme charpentier-menuisier jusqu'en 1990 et comme surveillant d'une ligne de production chez P. \_\_\_\_\_ SA de 1990 jusqu'en 1996. Il souffre de douleurs au niveau de l'épaule D depuis 1990 et de douleurs au niveau de l'épaule G depuis l'année 2000. A droite, en 1996, il a bénéficié d'une intervention chirurgicale sous forme de résection de l'extrémité distale de la clavicule, acromioplastie et révision de la coiffe. Les suites de cette intervention ont été caractérisées par la persistance de douleurs et une raideur de l'épaule. Des calcifications dans l'espace sous-acromial ont été réséquées en novembre 2004. Cette intervention n'a pas permis de modifier la situation de cette épaule. Au niveau de l'épaule G, les douleurs sont bien soulagées par le traitement conservateur, en particulier par des infiltrations sous-acromiales. L'assuré a fait une 1<sup>ère</sup> demande AI en 2000, laquelle fut rejetée par l'AI car les médecins considéraient qu'il était apte à travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ce rejet de l'AI a été confirmé par le Tribunal des assurances du canton de Vaud en novembre 2002. Une 2<sup>ème</sup> demande AI a été déposée en 2003. Son médecin traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, a toujours affirmé que l'assuré est inapte à travailler dans tous métiers. Les divers chirurgiens orthopédiques impliqués dans le traitement de cet assuré ont tous considéré que l'assuré pourrait travailler dans une activité adaptée. Néanmoins, ils ne se prononcent pas sur le taux de capacité de travail de l'assuré. Depuis 1996, la situation de l'épaule D n'a pas évolué et depuis cette époque, il souffre d'une ankylose algique. Des calcifications dans l'espace sous-acromial sont apparues (comme parfois après les chirurgies ouvertes de la coiffe des rotateurs). L'ablation de ces calcifications n'a pas modifié la situation du patient. L'apparition d'une omarthrose est fréquente dans les anciennes lésions de coiffe de rotateurs.

**Limitations fonctionnelles:** l'assuré peut travailler dans un métier qui ne sollicite pas les épaules. Il doit éviter de porter des objets lourds (+ de 1 kg), doit éviter de faire une élévation de son épaule D de plus de 45° ainsi que les mouvements d'abduction de plus de 45°. A gauche, il doit éviter les mouvements au-delà de l'horizontal et doit éviter le port d'objets lourds.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?** L'assuré ne travaille plus depuis avril 1996.

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

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est nulle en tant que charpentier. La capacité de travail en tant que surveillant d'une ligne de production chez P.\_\_\_\_\_ SA est complète car cet emploi respectait les limitations fonctionnelles. La capacité de travail de cet assuré dans n'importe quel autre métier qui respecte les limitations fonctionnelles est complète.

#### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

Dans l'activité habituelle: comme surveillant d'une ligne de production, 100%

Dans une activité adaptée: 100% Depuis: 1996"

Le 13 janvier 2006, le conseil de l'assuré a produit un certificat médical daté du 6 janvier 2006, dans lequel le Dr G.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 25 octobre 1996, valable pour une durée indéterminée.

Dans un rapport d'examen SMR du 7 mars 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que l'atteinte principale à la santé consistait en une raideur et des douleurs persistantes de l'épaule droite. Il a en outre retenu que l'assuré présentait une capacité de travail complète dans une activité ne sollicitant pas les épaules, excluant le port de charges lourdes et l'élévation de l'épaule droite à plus de 45 degrés et évitant les mouvements au-dessus de l'horizontale avec l'épaule gauche. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient aussi bien l'activité habituelle qu'une activité adaptée, si bien que la dernière activité de surveillant d'une ligne de production était considérée comme exigible.

Par décision du 12 avril 2006, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il présentait une capacité de travail totale dans son ancienne activité ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'examen du SMR.

Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition contre cette décision le 19 mai 2006. Il contestait présenter une capacité de travail complète dans son ancienne activité d'employé à la surveillance de la chaîne de production au service de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA. Il en voulait pour preuve l'incapacité totale de travail attestée par le Dr G.\_\_\_\_\_, notamment, depuis 1996. Il a produit des certificats médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, des 17 janvier, 8 février, 4 avril et 1<sup>er</sup> mai 2006, attestant chacun d'une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée. Il a également produit une lettre de son ancien employeur datée du 8 mars 2001, dans laquelle celui-ci indiquait notamment qu'après avoir tenté d'adapter le travail aux capacités physiques de l'intéressé, même les travaux les moins pénibles étaient devenus irréalisables pour celui-ci. Il requérait qu'un questionnaire soit établi à l'intention de son ancien employeur, de manière à ce que celui-ci fournisse de plus amples détails sur la capacité qui était la sienne d'assumer sa tâche de contrôleur de la chaîne de production de manière rentable, soit sa faculté à pouvoir être engagé à une telle fonction. Dans la mesure où la teneur de cette lettre serait confirmée, l'appréciation de la capacité de travail serait ainsi remise en cause. En l'état, l'assuré estimait que l'instruction était incomplète de sorte que la décision entreprise devait être annulée.

Le 30 août 2006, le conseil de l'assuré a produit deux certificats médicaux datés respectivement des 14 juin et 16 août 2006, dans lesquels le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté l'incapacité de travail totale de l'assuré pour une durée indéterminée. Ce praticien a établi de nouveaux certificats médicaux datés des 11 octobre 2006, 30 octobre 2006, 21 décembre 2006, 5 mars 2007, 16 mai 2007, 4 juin 2007, 9 juillet 2007, 4 septembre 2007 et 7 novembre 2007 dans lesquels il a derechef attesté la poursuite de l'incapacité totale de travail pour une durée indéterminée.

Par décision sur opposition du 4 décembre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré, confirmant ainsi sa décision du 12 avril 2006. Il a pour l'essentiel considéré ce qui suit:

"(...)

En l'espèce, par décision du 16 février 2001, l'Office AI vous a refusé le droit à toutes prestations AI, votre degré d'invalidité étant nul. Cette décision a été confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 8 octobre 2002.

En date du 22 novembre 2002, vous avez déposé une deuxième demande tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Par décision du 15 décembre 2003, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. Cependant cette décision a été annulée par décision sur opposition du 18 mars 2005; l'Office AI étant entré en matière sur votre nouvelle demande précitée, notamment en sollicitant des renseignements médicaux.

Dans le cadre de l'instruction de votre deuxième demande de prestations AI, vous avez été examiné le 5 décembre 2005 par le Service médical régional AI (SMR). Du rapport d'examen orthopédique du 21 février 2006, il ressort que votre capacité de travail est de 100% dans votre activité habituelle de surveillant d'une ligne de production et de 100% dans une autre activité adaptée, évitant le port de charges lourdes, l'élévation de l'épaule droite au-delà de 45 degrés, les mouvements au-dessus de l'horizontale avec l'épaule gauche et ne sollicitant pas les épaules.

(...)

En l'occurrence, il y a lieu d'admettre que le rapport d'examen orthopédique précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, ledit rapport procède d'une étude approfondie de votre cas, ses conclusions sont bien motivées et convaincantes; il est de surcroît bien étayé et nous constatons qu'il ne présente aucune contradiction. Nous n'avons dès lors aucune raison de nous écarter des conclusions émises par le SMR.

En outre, les positions médicales des Drs G.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation médicale du SMR. En effet, les certificats médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_ que vous produisez à l'appui de votre opposition sont très succincts. Ledit médecin ne motive pas sa position dans lesdits certificats médicaux. Il convient également de relever que le Dr G.\_\_\_\_\_ attestait déjà dans son précédent rapport médical une incapacité de travail totale, alors qu'une capacité de travail de 100% vous a été reconnue par décision du 16 février 2001.

De plus, nous avons soumis les rapports médicaux des Drs G.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ des 9 mai et 1<sup>er</sup> juillet 2003 au SMR pour appréciation. De l'avis médical du SMR du 11 décembre 2003, il ressort qu'il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux justifiant une entrée en matière sur votre deuxième demande de prestations AI.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de ne pas s'écarter des conclusions du rapport d'examen orthopédique du SMR précité.

Par ailleurs, il est à rappeler que l'Office AI avait retenu dans la décision du 16 février 2001 que votre capacité de travail était de

100% dans votre activité de surveillant d'une ligne de production auprès de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA. Il ressortait, en effet, des pièces figurant à votre dossier que votre activité de surveillant d'une ligne de production était adaptée à votre état de santé. Cette décision a été confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 8 octobre 2002. En outre, il convient de relever que le Tribunal des assurances avait eu connaissance du courrier de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA du 8 mars 2001 que vous produisez à l'appui de votre opposition, lorsqu'il a rendu son jugement précité.

Par conséquent, nous maintenons que votre capacité de travail est de 100% dans votre activité antérieure de surveillant d'une ligne de production. Cette activité est adaptée à vos limitations fonctionnelles. Aussi, il n'est pas nécessaire de requérir des renseignements complémentaires auprès de l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA.

En conclusion, les arguments développés dans votre opposition ne peuvent être suivis et par conséquent, la décision attaquée du 12 avril 2006 doit être entièrement confirmée."

Le 28 décembre 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport médical du 19 décembre 2007 établi par la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a indiqué que le motif de la consultation faisait suite à une demande d'évaluation psychiatrique urgente, consécutive à une aggravation de l'état psychique du patient, lequel se trouvait dans une situation professionnelle et psychosociale précaire, avec le sentiment d'être désemparé, sans issue professionnelle. Elle a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et une personnalité dépendante (Z 60.7). Elle a en outre indiqué ce qui suit sous l'intitulé "discussion et proposition":

"Monsieur V.\_\_\_\_\_ se plaint principalement d'une problématique physique. Il présente en outre des symptômes psychiques aigus du registre dépressif, dont la tristesse, des idées noires, à caractère de ruminations, des angoisses, des douleurs et des troubles du sommeil. Selon les éléments anamnestiques obtenus auprès du patient et complétés par son épouse, il présente des troubles de plus longue date, notamment au niveau du comportement: l'isolement, le repli sur lui et des troubles de la mémoire.

D'autre part, on observe une limitation dans ses capacités de collaboration, de coping et aussi de programmation, d'organisation. Il s'agit d'un repli sur lui-même, sur sa souffrance, ainsi que des difficultés de compréhension sous forme de troubles de la concentration, du langage, peut-être même intellectuelles.

Dans ce contexte, on peut affirmer que le patient présente une atteinte psychique qui diminue sa capacité de travail. Un traitement approprié est indiqué. D'autre part, dans le contexte de son

incapacité de travail de longue durée et de sa démarche auprès de l'Assurance Invalidité, une évaluation psychiatrique approfondie serait utile au patient afin de mieux préciser ses limitations professionnelles".

**C.** Représenté par l'avocat Denis Bridel, V.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 18 janvier 2008. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à sa réforme, dans le sens qu'il est reconnu invalide à 70% au minimum, une pleine rente AI lui étant allouée en conséquence; il réclame subsidiairement l'annulation de la décision entreprise, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir que son état de santé s'est détérioré depuis le 16 février 2001, sa demande de prestations du 22 novembre 2002 et son recours étant dès lors recevables sans que l'on puisse y opposer l'exception de chose jugée. Il souligne que 5 praticiens, tous spécialistes (Drs R.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_) se sont penchés sur son cas; ils ont tous conclu qu'il souffrait d'un grave handicap, que sa situation se détériorait et qu'il était incapable de travailler. Il soutient que c'est à tort que l'OAI part du principe qu'en 1996, il pouvait travailler comme surveillant de la ligne de production chez P.\_\_\_\_\_ SA, car il ne parvenait pas à accomplir la moindre activité, même les travaux pénibles. Il requiert à cet égard l'audition en qualité de témoin du responsable des ressources humaines chez P.\_\_\_\_\_ SA, relevant au demeurant qu'en ne procédant pas à l'audition de cette personne, l'OAI a violé son devoir d'instruction. Le recourant se plaint enfin de lacunes dans l'instruction, notamment au plan psychiatrique, estimant qu'il est indispensable qu'il soit soumis à une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer l'incidence de toutes les insuffisances physiques et psychiques sur sa capacité de travail. A l'appui de son recours, il produit un lot de pièces. Outre celles versées au dossier administratif, y figure une lettre du Dr N.\_\_\_\_\_ adressée au Dr G.\_\_\_\_\_ le 19 novembre 2002. Il y pose les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance droite, status après réparation du sus-épineux, acromioplastie et résection claviculaire distale droite en 96 avec probable re-rupture tendineuse et tendinopathie et rupture non transfixiante du sus-épineux gauche. Le Dr N.\_\_\_\_\_ relève que l'intéressé présente des douleurs chroniques cervico-brachiales

bilatérales; il n'a pas retenu d'indication à une nouvelle approche chirurgicale, ni à gauche, ni à droite, le pronostic restant incertain. Il estime que la capacité de travail comme charpentier est vraisemblablement nulle et suggère à l'assuré de se réannoncer à l'AI. Le recourant a aussi produit un rapport médical du 16 juillet 2004 du Dr M. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci a indiqué que depuis sa prise en charge de l'assuré en décembre 2002, l'état de santé de ce dernier sur le plan musculo-squelettique s'était progressivement péjoré avec augmentation des douleurs de l'épaule droite et apparition puis augmentation des douleurs de l'épaule gauche. La capacité de travail dans l'activité antérieure était nulle. En revanche, vu le niveau de formation et de connaissances de l'assuré, la seule activité professionnelle qu'il pourrait reprendre à temps partiel ou complet serait, d'un point de vue purement théorique, une activité assise n'impliquant pas d'élévation des membres supérieurs plus haut que 40 degrés, sans gros effort avec les mains ni levage de charges.

Par décision du 20 février 2008, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 janvier 2008.

Dans sa réponse du 8 avril 2008, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève qu'aucun médecin n'a mis en évidence une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique avant la décision sur opposition dont est recours. L'OAI indique que si cette aggravation devait s'avérer propre à ouvrir le droit à des prestations financières de l'AI, elle devrait donner lieu à une nouvelle décision après instruction complémentaire et seulement à l'issue du délai de carence d'une année. A cet égard, l'OAI produit un avis médical du SMR du 17 mars 2008 auquel il déclare se rallier et dont il ressort notamment ce qui suit:

(...)

Au vu des éléments du dossier, il convient de constater qu'aucun médecin n'a mis en évidence de trouble psychique ayant une répercussion sur la CT antérieure à la décision du 04.12.2007.

Sur le plan psychiatrique, les informations du Dr A. \_\_\_\_\_ ne nous permettent pas de nous prononcer à quel point l'épisode dépressif

moyen diminue la CT. Force est de constater que l'atteinte est survenue postérieurement à la décision et devrait dès lors faire l'objet d'une nouvelle demande.

Sur le plan somatique (atteinte aux épaules), nous ne disposons d'aucun nouvel élément objectif, permettant de nous écarter de notre appréciation du 07.03.2006".

Ainsi, le recourant présente selon l'intimé une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'audition d'un témoin de l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA n'est donc pas nécessaire, car même si l'emploi auprès de cette société ne devait pas être adapté, l'OAI calculerait le préjudice subi en prenant comme revenu avec et sans invalidité des revenus théoriques basés sur la même table statistique. En l'occurrence, le taux d'invalidité se confondrait avec le taux de réduction du salaire statistique d'invalidé, soit 10%, compte tenu des limitations liées au handicap.

Dans sa réplique du 30 mai 2008, le recourant maintient les conclusions prises à l'appui de son recours et renouvelle en particulier sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, dès lors qu'outre ses atteintes à l'appareil locomoteur s'ajoutent des problèmes psychiques manifestes, déjà relevés par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 mai 2003. Le recourant constate par ailleurs que l'office intimé semble enfin admettre qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité auprès de l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA, de sorte que cette activité ne saurait être tenue pour adaptée à son état, et, partant, déterminer son revenu. Cela étant, le recourant conteste le raisonnement de l'OAI à propos du calcul du préjudice subi, car l'office intimé ne dit rien du revenu théorique retenu au regard des limitations objectives et subjectives qu'il présente. Le recourant produit un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2008 qui indique ce qui suit:

"(...)

- Du point de vue des épaules, la situation subjectivement s'est plutôt péjorée aux dires du patient, avec des douleurs surtout à droite, mais également à gauche avec une impotence fonctionnelle importante.

- Du point de vue objectif, pour moi, la situation est stabilisée. J'ai refait des radiographies qui montrent ddc des signes de conflit sous-acromial avec ascension de la tête humérale et début d'omarthrose, témoignant d'une insuffisance grave de la coiffe des rotateurs ddc.

- Il souffre également de coxarthrose bilatérale qui commence à devenir symptomatique. Les radiographies montrent une arthrose engainante avec ostéophytose importante et pincement de l'interligne articulaire surtout à gauche, où on note également un status après fracture du fémur.

Il est clair que dans son ancienne profession de charpentier, ce patient a une incapacité de travail à 100%. Au vu des atteintes multiples de l'appareil locomoteur, je ne vois pas comment l'AI peut encore lui refuser une rente, au moins une demi-rente.

D'après ce que le patient m'a confié, à ses problèmes locomoteurs s'ajouteraient encore des problèmes internistiques, sur lesquels je ne peux pas me prononcer".

Dupliquant le 24 juin 2008, l'OAI indique que les arguments développés ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision.

Le recourant a produit le 16 septembre 2008 un certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2008 faisant état de la poursuite de sa maladie avec incapacité de travail à 100%. Le 12 décembre 2008, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2008 attestant de la poursuite d'une incapacité de travail à 100% pour cause de maladie. Le 17 février 2009, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 11 février 2009, attestant de la poursuite d'une incapacité de travail à 100% pour cause de maladie.

**D.** Par ordonnance du 6 mars 2009, le juge instructeur a informé le parties que l'instruction au plan médical s'agissant des affections dont faisait état le recourant n'avait pas été suffisante, et projetait de confier une expertise bidisciplinaire au Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ de Z.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 9 avril 2009, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 3 avril 2009 attestant de la poursuite d'une incapacité de travail de 100% pour cause de maladie. Il a à nouveau produit un certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_, daté du 29 juin 2009,

attestant d'une incapacité de travail de 100% pour cause de maladie par courrier du 2 juillet 2009.

Par courrier du 21 juillet 2009, le juge instructeur a informé les parties que les spécialistes qui effectueraient l'expertise seraient les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 7 septembre 2009, le Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ a prié l'assuré de se présenter le 17 septembre 2009 pour être examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_, le 23 septembre 2009 pour être examiné par le Dr X.\_\_\_\_\_, et le 24 septembre 2009 pour être examiné par le Dr E.\_\_\_\_\_.

Le 9 septembre 2009, le recourant a produit un nouveau certificat médical du 8 septembre 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_, attestant la poursuite d'une incapacité de travail de 100% pour cause de maladie. Le 11 décembre 2009, il a produit un nouveau certificat médical du 9 décembre 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_ selon lequel l'incapacité de travail de 100% pour cause de maladie se poursuivait.

Le Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 11 janvier 2010. Il en ressort notamment ce qui suit:

"(...)

M. V.\_\_\_\_\_ est un expertisé d'origine espagnole âgé de 57 ans qui a travaillé comme charpentier-menuisier en Espagne, puis en Allemagne. Par la suite en Suisse depuis 1980 il a été actif coffreur, chauffeur et chargé de maintenance.

Ses problèmes de santé commencent au début des années 90.

Il est en incapacité de travail totale depuis 1996 et n'a plus repris de travail depuis lors.

L'anamnèse n'est pas toujours précise, parfois contradictoire, limitant quelque peu l'appréciation de certains éléments. Les plaintes sont avant tout d'ordre orthopédique et seraient apparues suite à une chute sur le côté droit.

Divers problèmes seront mis en évidence, soit une déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite, opérée en 1996, une tendinopathie de l'épaule gauche, une coxarthrose bilatérale, une affection douloureuse du genou gauche dont nous ne connaissons pas le diagnostic, mais qui est actuellement asymptomatique.

Il se plaint également de lombalgies, ainsi que de quelques troubles de médecine générale, soit hypertension artérielle ainsi qu'une hypercholestérolémie et hyperuricémie.

On relève également l'apparition quelques mois après l'opération de 1996 de troubles psychiques mineurs (ruminations anxieuses, troubles du sommeil avec réveil précoce puis insomnie en raison des douleurs, sentiment d'inutilité et troubles neurocognitifs).

L'assuré est peu précis sur l'évolution de ces plaintes, mais décrit une péjoration progressive de son humeur avec un sentiment d'inutilité en particulier dès 1997 ou 1998. Il situe une nouvelle péjoration après le décès de sa mère en 2007, cependant les informations restent peu précises.

*Situation actuelle, synthèse et conclusions:*

Sur le plan somatique (= rhumatologique + orthopédique), M. V. \_\_\_\_\_ souffre de plusieurs affections:

1. Une **déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite**, opérée en 1996 avec une mauvaise évolution sur le plan fonctionnel.
2. Une **tendinopathie de l'épaule gauche**, actuellement modérément symptomatique.
3. Une **coxarthrose bilatérale**. Cette coxarthrose n'a pas de péjoration radiologique depuis 2001.
4. Une **affection douloureuse du genou gauche**, dont ne nous connaissons pas le diagnostic.
5. Des **douleurs du membre inférieur gauche** peu claires.
6. Des **lombalgies** sur troubles statiques.
7. Des affections de médecine générale: **HTA, hypercholestérolémie et hyperuricémie**.

Toutes ces affections ne sont pas invalidantes, c'est le cas du genou gauche (4), actuellement asymptomatique; des lombalgies (6) qui ces dernières années ne sont pas au premier plan et surviennent sur des troubles statiques du rachis modérés; ni des affections de médecine générale qui sont banales (7).

Les douleurs du membre inférieur gauche (5) sont difficilement explicables, M. V. \_\_\_\_\_ n'évoque pas d'accident, les modifications de l'extrémité supérieure du fémur gauche ont actuellement une origine mystérieuse, il n'est pas possible de justifier une incapacité de travail.

Les affections suivantes justifient par contre des limitations:

*Epaules (1 et 2):*

Il faut noter qu'un mauvais résultat après chirurgie de la coiffe des rotateurs est incompatible avec un travail de force. L'incapacité dans un tel travail existe donc depuis 1996.

L'état des deux épaules ne permet pas une utilisation des membres supérieurs pour un travail de force.

Le travail n'est de plus pas compatible avec la nécessité de mouvement en flexion et/ou abduction des épaules, ceci au-delà de 50°, surtout de manière répétitive.

Une activité professionnelle est donc limitée à un niveau sédentaire et doit de préférence être réalisée au niveau d'un bureau ou d'un établi par exemple.

*Coxarthrose (3):*

L'absence d'évolution radiologique de la coxarthrose bilatérale est peut-être lié à l'absence d'activité professionnelle. Sa présence toutefois contraindique également les travaux de force, mais ceci recoupe les limitations déjà mentionnées.

M. V. \_\_\_\_\_ nous a dit à plusieurs reprises que son activité chez P. \_\_\_\_\_ SA était une activité d'intensité variable moyenne à lourde.

Il nous a dit qu'il n'avait jamais travaillé comme surveillant de chaîne d'embouteillage.

Il ne nous appartient pas de commenter cette différence à laquelle il tient manifestement beaucoup.

Sur le plan psychique, spontanément M. V. \_\_\_\_\_ mentionne de manière vague qu'il est mal, un sentiment d'inutilité au point d'avoir parfois des idées noires, des troubles de la mémoire, des ruminations anxieuses. Son humeur varie selon ses limitations physiques.

A l'anamnèse orientée, il se plaint d'anxiété flottante avec des symptômes neurovégétatifs peu importants, d'une humeur fluctuante nettement améliorée lorsqu'il est entouré de sa famille, d'une image de soi négative, d'une confiance en soi modérément diminuée, d'un sentiment d'inutilité, d'intérêts et plaisirs fortement diminués, d'une libido fortement diminuée, d'une énergie vitale et fatigue fluctuantes, de tendances aux ruminations anxieuses envahissantes, d'idées noires (disparaître ou de mourir passivement), de troubles de l'endormissement, de troubles modérés de la concentration et de la mémoire, de traits obsessionnels, de difficultés à supporter les critiques sans rupture relationnelle, de traits dépendants légers (demander l'avis de ses proches).

Dans ses activités quotidiennes, ses capacités semblent conservées.

L'anamnèse évoque le diagnostic de dysthymie, car plusieurs des symptômes fluctuent tant dans leur présence que dans leur

intensité. Il existe aussi des traits légers de personnalité obsessionnelle et dépendante.

Au status, on observe une hygiène corporelle et vestimentaire soignées, une obésité, une démarche marquée par la boiterie, une humeur légèrement triste par moment, une anxiété modérée, une baisse de l'estime de soi, un discours peu précis et parfois contradictoire, des traits obsessionnels (rigidité de la pensée), et quelques troubles de la mémoire (dates).

L'examen objectif met en évidence des signes légers de dépression, insuffisants pour retenir un diagnostic de trouble dépressif au sens de la CIM-10. En effet, il n'y a pas de baisse de l'énergie, de fatigabilité ou ralentissement psychomoteur, les autres signes de dépression étant légers. Sur le plan de la personnalité, on n'observe qu'une rigidité de la pensée.

M. V. \_\_\_\_\_ a bénéficié d'un suivi espacé (tous les deux mois) avec la Dresse A. \_\_\_\_\_, psychiatre, de 2006 à 2008, suivi arrêté à sa demande en raison de difficultés financières.

Le psychiatre a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

M. V. \_\_\_\_\_ a reçu un traitement antidépresseur de Seropram sans réels effets selon lui sur l'humeur d'un point de vue subjectif. Il pense que l'aide a été limitée.

M. V. \_\_\_\_\_ a donc souffert d'un épisode dépressif en 2006. De toute évidence, la symptomatologie dépressive moyenne a favorablement évolué après un délai de trois mois de traitement antidépresseur en 2006-2007, traitement arrêté à sa demande.

Le trouble dépressif semble avoir pris la forme d'une dysthymie. Celle-ci n'entraîne aucune limitation fonctionnelle. La capacité de travail est actuellement entière. Une incapacité de travail peut être justifiée sur quelques mois lors de l'apparition de l'épisode dépressif d'intensité moyenne en 2006.

En conclusion, l'assuré souffre actuellement d'une dysthymie. Les traits de personnalité obsessionnelle et dépendante sont insuffisants pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité d'autant que ni ses relations interpersonnelles, ni ses activités quotidiennes ne sont altérées.

Conclusions:

Le déficit de fonction est important au niveau de l'épaule droite.

Il est toutefois compatible avec un travail de surveillance dans la mesure où aucune manutention n'est réalisée, ni d'action rapide demandant des mouvements vifs des membres supérieurs en portant des charges.

Selon les déclarations mêmes de M. V. \_\_\_\_\_, la situation au niveau de l'épaule droite ne s'est pas aggravée depuis 1996.

L'affection de l'épaule gauche provoque des limitations supplémentaires, mais une activité de surveillance pure reste réalisable.

Les coxarthroses ne se sont pas aggravées morphologiquement depuis 2001. Par contre, la symptomatologie semble un peu plus importante à gauche. Elles sont toutefois compatibles avec une activité de surveillance pure.

Il n'y a pas d'incapacité de travail autre, notamment psychique.

Nous n'avons pas d'élément qui permette d'envisager une limitation horaire dans une activité professionnelle adaptée".

Suivent les réponses aux questions posées par les parties d'où il ressort que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire ne demandant pas des marches de longue durée, des stations debout de longue durée, le port de charges importantes, des mouvements d'abduction et de flexion de l'épaule droite au-delà de 50°, des mouvements demandant de la rotation externe de l'épaule droite, surtout de manière répétitive, la capacité de travail du recourant est entière selon les experts. Il n'y a par ailleurs pas d'empêchement sur le plan psychique, la dysthymie n'étant pas considérée comme une maladie invalidante.

Par courrier du 18 janvier 2010, le juge instructeur a adressé un exemplaire du rapport d'expertise du Centre d'Expertise H. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2010 aux parties et leur a imparti un délai afin de déposer leurs déterminations.

Dans ses déterminations du 8 février 2010, l'OAI relève que, du point de vue somatique, les atteintes aux membre supérieurs et au dos, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent sont les mêmes que celles décrites par le SMR, le recourant mentionnant que la situation au niveau de son épaule droite ne s'est pas aggravée depuis 1996. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles qui découlent des douleurs aux deux genoux recoupent celles déjà mentionnées. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions de longue durée sur la capacité de travail. L'OAI considère le rapport d'expertise du Centre d'Expertise H. \_\_\_\_\_ comme parfaitement probant, de sorte qu'il déclare adhérer à ses conclusions. Il ajoute que le poste de

travail décrit dans le rapport du 27 décembre 2000, établi en vue de la décision du 16 février 2001, paraît adapté aux différentes limitations fonctionnelles décrites par les experts. Dans la mesure où une telle activité est exigible à un taux de 100%, le recourant ne subit aucun préjudice économique. En conséquence, l'OAI confirme intégralement ses conclusions antérieures.

Le 15 mars 2010, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_, du 10 mars 2010, selon lequel l'incapacité de travail de 100% pour cause de maladie se poursuivait.

Le 7 avril 2010, le recourant considère que la réponse fournie par les experts à la question de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de lui qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail, est laconique, dans la mesure où ils répondent: "Oui, dans le sens d'une activité respectant les limitations". Ils doivent donc être interpellés sur ce point. Par ailleurs, les experts sont également invités à donner toute précision utile à la question de savoir dans quelle mesure le trouble dont souffre le recourant à l'épaule droite est de nature dégénérative ou a d'autres origines.

Se déterminant le 6 mai 2010, l'OAI a exposé ce qui suit:

"En ce qui concerne le premier point soulevé par le recourant, à savoir la question des mesures professionnelles, nous rappellerons qu'il n'appartient pas au médecin, ni à l'expert, de déterminer concrètement quelle mesure doit être mise en place. Il s'agit d'une question précise qui est du ressort de l'Office AI, et plus spécialement du spécialiste en réadaptation.

L'expert médical doit quant à lui décrire précisément les limitations fonctionnelles et apprécier la capacité de travail en fonction de son observation clinique et des limitations qu'il a relevées. En matière de mesures professionnelles, l'expert ne peut se prononcer que sur la question de savoir s'il est exigible, du point de vue médical, que la personne assurée s'investisse dans une mesure de réadaptation. En d'autres termes, l'expert doit indiquer si la personne assurée bénéficie de ressources suffisantes pour s'investir dans une réadaptation professionnelle.

(...)

On remarque donc que dans l'expertise du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_, les experts sont très clairs s'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, et ne relèvent pas de contre-indications médicales à une réadaptation professionnelle. S'ils ne se prononcent pas concrètement sur la question des mesures à entreprendre, c'est qu'il s'agit d'une question pour laquelle ils ne sont pas compétents, qui sort manifestement du champ médical.

Le deuxième point soulevé par le recourant concernant l'origine des troubles à l'épaule droite n'est également pas pertinent. En effet, la capacité de travail est avant tout déterminée par l'examen clinique et les limitations fonctionnelles. L'origine d'une atteinte, qu'elle soit dégénérative ou non est sans conséquence sur les conclusions des experts.

D'autre part, à la question de savoir si ces troubles sont dégénératifs (question 24 [le trouble dont souffre V.\_\_\_\_\_ à l'épaule droite est-il dégénératif ?, réd.]), les experts ont répondu par l'affirmative. Par contre, à l'instar des experts, nous ne comprenons pas la question 25 [si oui, dans quelle mesure ?, réd.].

Dès lors, si vous estimez qu'un complément d'instruction tel que requis par le recourant est nécessaire, il conviendrait, avant de demander aux experts de préciser leur réponse, de demander au recourant d'expliquer sa question.

Pour notre part, pour les raisons évoquées ci-dessus, nous estimons qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire".

Le 16 juillet 2010, le recourant a encore produit des certificats médicaux des Drs O.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une prescription de physiothérapie. Il précisait que son cas devait être réexaminé fin août par l'Hôpital I.\_\_\_\_\_.

Le 22 septembre 2010, le recourant a produit un rapport médical du 3 septembre 2010 du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ (Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et O.\_\_\_\_\_) à la teneur suivante:

"Le patient susnommé a été vu à notre consultation en date du 31.08.2010.

**Diagnostic:**

- Omarthrose d'épaule gauche (sic) (recte: droite) sur un status post-arthroscopie de l'épaule droite, acromioplastie et résection partielle de la clavicule distale et excision de la partie nécrotique du tendon du sus-épineux et réammarrage sur le trochiter en juin 1996 avec très probable re-rupture du muscle du sus-épineux à gauche.

- Arthropathie AC à gauche
- Cervico-scapulo-brachialgies bilatérales
- Lombalgies chroniques

**Eléments d'anamnèse:**

Patient de 58 ans, charpentier, sans emploi depuis 1996, à l'arrêt de travail, connu de notre service depuis 2002 où des investigations ont été faites pour le même problème au niveau de son épaule droite.

Revient ce jour pour un 2<sup>ème</sup> avis au vu de la persistance des douleurs. Il est fortement handicapé par les douleurs inflammatoires et de type mécanique. La fonction de cette épaule est fortement diminuée. Actuellement, il est traité conservativement par physiothérapie ainsi qu'une prise d'anti-inflammatoire et d'antalgie per-os.

**Examen clinique:**

Patient droitier. Cicatrice calme. Pas de rougeur, pas de chaleur. Forte amyotrophie musculaire de la ceinture scapulaire surtout de la loge des sus et sous-épineux. La mobilité est diminuée avec une flexion active à 90°, une abduction de 70°, rotation externe 20°, rotation externe à droite jusqu'au grand trochanter. La force en rotation interne/externe est diminuée 4/5.

Mobilisation passive: flexion 60°, abduction 50° bloquée. Test de Body cross et la palpation acromio-claviculaire sont douloureux. Tests de coiffe: Jobe et Belly-press positifs. Pas de trouble sensitivo-moteur ou vasculaire. Douleurs du muscle trapèze dans sa partie ascendante et descendante, ainsi que la musculature brachiale et anté-brachiale.

**Bilan radiologique:**

Radiographies du 06.07.2010 de l'épaule face et Neer: signe indirect d'une lésion chronique de la coiffe avec diminution de l'espace sous-acromial et des zones de sclérose du pôle inférieur de l'acromion distal avec formation kystique au niveau du trochiter. Formation ostéophytaire surtout du pôle inférieur de la glénoïde et de la tête humérale.

**Discussion:**

Ce patient de 58 ans, vient ce jour pour un 2<sup>ème</sup> avis pour des douleurs persistantes de son épaule droite, dans le cadre d'un status après réparation de la coiffe des rotateurs et très probable rupture du muscle sus-épineux. Au vu de la clinique et de l'imagerie nous retenons le diagnostic d'une omarthrose associée à une coiffe des rotateurs incompetente, pour laquelle nous ne pouvons actuellement pas proposer de traitement chirurgical. Effectivement, la seule intervention qui pourrait soulager Monsieur V.\_\_\_\_\_ serait une arthroplastie totale d'épaule inversée. Malheureusement ce genre d'intervention est habituellement proposée à des personnes d'une septantaine d'années. Nous proposons dès lors de poursuivre le traitement conservateur".

Le 6 octobre 2010, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010 attestant la poursuite de

l'incapacité de travail à 100% pour cause de maladie. Le 29 novembre 2010, il a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2010 attestant la poursuite de l'incapacité de travail à 100% pour cause de maladie. Le 21 février 2011, il a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 18 février 2011 attestant la poursuite de l'incapacité de travail à 100% pour cause de maladie.

Le 11 avril 2011, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 29 mars 2011 attestant la poursuite de l'incapacité de travail à 100% pour cause de maladie.

Le 27 avril 2011, le recourant a produit deux rapports médicaux. Le premier, daté du 15 avril 2011, adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, a été établi par le Dr Y.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_. Le second, globalement semblable, daté du 18 avril 2011, a été rédigé par ce même praticien à l'intention du conseil du recourant et il en ressort notamment ce qui suit:

"(..)

Monsieur V.\_\_\_\_\_ présente donc une arthropathie dégénérative de l'épaule droite avec une coiffe des rotateurs incompetente et une omarthrose droite d'évolution défavorable. A l'heure actuelle, il ne peut bénéficier que d'un traitement conservateur sous forme de physiothérapie et antalgie, ce qui n'améliore pour le moment pas sa symptomatologie douloureuse. A terme, la seule alternative pour ce patient sera une prise en charge avec arthroplastie totale de l'épaule inversée, cependant en raison de son âge, il n'est pas encore un candidat idéal. Rappelons tout de même qu'une telle intervention ne pourrait pas améliorer sa force et la fonction de l'épaule droite, et ne jamais effectuer un travail [de] force ou avoir une élévation du membre supérieur droit au-delà de 90° en abduction ou en flexion.

Au niveau de l'épaule gauche, le patient débute également une arthropathie dégénérative avec une coiffe des rotateurs qui reste compétente mais avec une symptomatologie douloureuse importante et une impotence fonctionnelle ce qui l'handicape dans ses activités de la vie quotidienne et réduisant son autonomie dans sa vie courante.

Le pronostic en ce qui concerne son épaule gauche est également défavorable et nous pourrions s'attendre à une évolution tout à fait identique qu'à celle de son épaule droite.

Lors de cette consultation, en raison de cette importante symptomatologie douloureuse de l'épaule gauche, je lui ai proposé une infiltration cortisonée qui a eu lieu, ainsi que la poursuite du traitement physiothérapique et antalgique per os. Il doit éviter le port de charges avec ses 2 membres supérieurs, éviter les travaux qui nécessitent de lever les 2 bras au dessus de la tête, ce qui lui est de toute manière impossible à faire. A terme, ce patient est voué à une activité extrêmement sédentaire en raison de son handicap des membres supérieurs.

Je reverrai ce patient dans 4 semaines à ma consultation pour une réévaluation clinique".

Le 22 juin 2011, le recourant a produit un nouveau certificat médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 17 juin 2011 attestant la poursuite de l'incapacité de travail à 100% pour cause de maladie.

Le 16 août 2011, l'OAI s'est déterminé sur les rapports médicaux produits par le recourant depuis le rapport d'expertise judiciaire rendu par le Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ le 11 janvier 2010, soit:

- le rapport médical des Drs T.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2010,
- le rapport médical du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2011,
- le rapport médical du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 18 avril 2011.

L'OAI a joint l'avis médical du SMR du 11 août 2011, auquel il a déclaré se rallier. Cet avis comporte notamment les passages suivants:

"[...]

Le rapport du 03.09.2010 mentionne les mêmes diagnostics que ceux retenus par les experts. L'assuré a consulté pour un deuxième avis au vu de la persistance des douleurs de son épaule droite. Les constatations cliniques sont superposables à celles des experts (voir tableaux ci-dessous).

Les rapports du 15.04.11 et du 18.04.11 du Dr Y.\_\_\_\_\_ reposent sur la même consultation, à savoir celle du 12.04.11. Tant les diagnostics que les constatations objectives restent superposables à ce qu'ont retenu les experts (voir tableaux ci-dessous).

Il n'y a donc aucune évolution significative depuis l'expertise, ni sur le plan diagnostique, ni sur le plan fonctionnel objectif.

On s'étonnera néanmoins que les deux rapports rédigés à trois jours d'intervalle par le Dr Y.\_\_\_\_\_, sur la base de la même consultation du 12.04.11 mentionnent les chiffres de mobilité articulaires légèrement différents ! Néanmoins, ces données ne diffèrent pas significativement de celles des experts.

[Suivent les mesures comparées des mobilités articulaires de l'épaule droite et de l'épaule gauche, telles qu'elles ressortent de l'expertise du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ et des rapports médicaux des 3 septembre 2010, 15 et 18 avril 2011].

### Conclusions

Ces rapports ne démontrent aucune évolution depuis l'expertise judiciaire.

Ils font état des mêmes constatations que celles faites par les experts.

Le Dr Y.\_\_\_\_\_ conclut: «ce patient est voué à une activité extrêmement sédentaire en raison de son handicap des membres supérieurs.» Cette appréciation non chiffrée de la capacité de travail est parfaitement compatible avec les conclusions des experts, qui ont admis une pleine capacité de travail, dans une activité de surveillance pure.

Les Drs T.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré."

En conséquence, l'OAI retient que lesdits rapports ne démontrent aucune évolution depuis l'expertise judiciaire. Ils font bien plutôt état de constatations compatibles avec celles de cette dernière, si bien qu'il a intégralement maintenu sa position.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) - devant le

tribunal compétent 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.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

**2. a)** Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision de refus de rente du 16 février 2001, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 8 octobre 2002.

**3.** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 c. 4.3). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement au 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 c. 3.4.1).

**4. a)** Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004 (RO 2004 743), qui n'introduit que des modifications d'ordre rédactionnel, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 130 V 64 c. 5.2.3; 117 V 198 c. 4b; 109 V 108 c. 2a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 c. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 c. 1.2).

**b)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'art. 28 al. 1 LAI prévoyait que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 60% au moins. Dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 28 al. 1 LAI prévoyait que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI a repris le même échelonnement, ces modifications successives

n'ayant pas modifié les conditions d'octroi d'un quart de rente, qui présuppose une invalidité de 40 % au moins.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

**b)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). 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 (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc). En

principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 c. 2.2).

**6.** Le rapport d'expertise du 11 janvier 2010 porte sur les aspects rhumatologique, orthopédique et psychiatrique, dès lors que le recourant fait état d'atteintes à la santé somatique et psychique.

**a)** Sur le plan psychique, les experts du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ concluent à l'absence de maladie invalidante, la dysthymie diagnostiquée étant considérée comme un trouble psychique léger. Le rapport d'expertise relève que le recourant a bénéficié d'un suivi assuré entre 2006 et 2008 par la Dresse A.\_\_\_\_\_, laquelle avait conclu que l'assuré présentait une atteinte psychique qui diminuait sa capacité de travail. Or, outre l'arrêt du suivi, une évolution favorable de la symptomatologie dépressive a été constatée, qui s'est concrétisée par l'arrêt du traitement anti-dépresseur en 2006-2007 à la demande de l'assuré lui-même. Cela étant, dans son rapport du 19 décembre 2007, au demeurant postérieur à la décision dont est recours, la Dresse A.\_\_\_\_\_ avait suggéré une évaluation psychiatrique approfondie afin de mieux préciser les limitations professionnelles du recourant. Il en découle que les constatations de la Dresse A.\_\_\_\_\_ doivent être appréciées à la lumière des observations consignées dans le rapport d'expertise judiciaire. Ainsi, le recourant ne conteste pas les conclusions des experts du Centre

d'Expertise H. \_\_\_\_\_ quant à sa capacité de travail sur le plan psychique et ne produit du reste aucune pièce de nature à les infirmer, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière sur ce plan, sans limitation fonctionnelle de nature psychique.

**b)** Dans son jugement du 8 octobre 2002, le Tribunal des assurances a considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit un emploi léger sédentaire peu qualifié. Le recourant prétend que depuis lors des éléments nouveaux sont apparus, soit la dégradation de l'épaule droite et de nouvelles douleurs à l'épaule gauche. Il a ainsi produit moult rapports médicaux au cours de la procédure administrative et judiciaire pour étayer ses allégations.

Il est constant que le recourant présente, notamment, une atteinte aux deux épaules, depuis le milieu des années 1990 à tout le moins. Tous les rapports médicaux mettent en effet en évidence une atteinte plus grave à droite (déchirure du tendon sus-épineux) tandis qu'une tendinopathie est observée à gauche. Les autres affections présentées par le recourant ne sont pas considérées comme invalidantes en elles-mêmes ou entraînent des limitations fonctionnelles superposables à celles induites par les affections présentées aux épaules. Il n'est par ailleurs pas contesté que la capacité de travail du recourant est nulle dans une activité impliquant essentiellement des travaux de force, ou la nécessité d'une utilisation répétée des membres supérieurs. Se pose en revanche la question de savoir quelle est sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son recours, le recourant affirme être incapable de conduire quelque activité que ce soit. Il s'appuie notamment sur le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2003 qui estime que sa capacité de travail est nulle dans toute activité et que son état de santé s'aggrave. Partant, le recourant considère que son état de santé se serait dégradé postérieurement au jugement du Tribunal des assurances du 8 octobre 2002, ce qui justifierait ainsi selon lui l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a néanmoins sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer l'incidence de toutes les insuffisances

physiques et psychiques sur sa capacité de travail. Le juge instructeur a fait droit à cette requête et a ordonné dite expertise.

Les experts du Centre d'Expertise H. \_\_\_\_\_ retiennent que le recourant ne présente aucun empêchement dans une activité ne demandant pas des marches de longue durée, des stations debout de longue durée, le port de charges importantes, des mouvements d'abduction et de flexion de l'épaule droite au-delà de 50°, des mouvements de la rotation externe de l'épaule droite, surtout de manière répétitive. Certes, les experts observent que l'épaule droite est peu fonctionnelle avec notamment une forte limitation de la mobilité en abduction, élévation et rotation externe, ce qui les conduit à écrire que le déficit de fonction est important. L'épaule gauche présente également des troubles fonctionnels mais moins marqués. Quant à la coxarthrose, elle est moyennement symptomatique à gauche, les limitations de la mobilité des deux hanches étant qualifiées de modérées. Pour autant, selon les déclarations de l'assuré lui-même, la situation au niveau de l'épaule droite ne s'est pas aggravée depuis 1996. L'affection de l'épaule gauche provoque des limitations supplémentaires, et les coxarthroses ne se sont pas aggravées depuis 2001. Ainsi, une activité de surveillance pure reste réalisable aux yeux des experts, dans la mesure où aucune manutention n'est réalisée, ni d'action rapide demandant des mouvements vifs des membres supérieurs en portant des charges. Ils rejoignent en cela l'avis exprimé par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 avril 2005 qui a suggéré un travail manuel léger sans abduction des épaules ou des petits travaux assis à une table basse. Il avait également envisagé une activité similaire susceptible d'être exercée à temps complet dans son rapport du 16 juillet 2004.

Le Dr M. \_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis le mois de décembre 2002, avait pourtant affirmé dès le mois d'avril 2003, soit postérieurement à la lettre de l'OAI du 25 mars 2003, que l'état de santé du recourant s'était aggravé au cours de l'année 2002. Le 15 avril 2005, il constate cependant une très légère amélioration depuis l'opération du 16 novembre 2004. Alors que le Dr G. \_\_\_\_\_ note une aggravation de l'état

de santé du recourant dans son rapport du 22 août 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_ observe une stabilisation des deux épaules le 26 septembre 2005. Cela étant, le Dr M. \_\_\_\_\_ écrit le 15 mai 2008 au conseil du recourant que selon les dires de ce dernier la situation des épaules se serait plutôt péjorée, alors que de l'avis du praticien, il y a lieu de considérer qu'elle est stabilisée. Force est ici de constater que le recourant a varié dans ses déclarations et que le Dr M. \_\_\_\_\_ a modifié son point de vue après l'opération du 16 novembre 2004. De leur côté, les experts du Centre d'Expertise H. \_\_\_\_\_ relèvent dans leur rapport du 11 janvier 2010 que selon les dires du recourant lui-même, la situation au niveau de l'épaule droite ne s'est pas aggravée depuis 1996. L'affection de l'épaule gauche ne s'oppose pas à une activité de surveillance pure, aucune péjoration n'ayant été mise en évidence. Répondant aux questions du recourant, ils écrivent que s'agissant de l'épaule droite, il n'y a pas eu d'évolution depuis le 16 février 2001 aux dires du recourant, ce qui est confirmé par les éléments au dossier. S'agissant de l'épaule gauche, la situation est au mieux restée stable, au pire, elle se serait modérément aggravée. Quant aux rapports médicaux produits par le recourant les 22 septembre 2010 et 27 avril 2011, au demeurant postérieurs à la décision entreprise, ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée. Ils ne font pas non plus état d'éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en considération dans le rapport d'expertise et ne démontrent aucune évolution depuis lors. Leurs constatations sont en outre compatibles avec les conclusions de l'expertise judiciaire (avis du SMR du 11 août 2011). Une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant ne saurait ainsi être déduite de ces rapports médicaux, d'autant plus que dans celui du 18 avril 2011, le Dr Y. \_\_\_\_\_ envisage, à l'instar des experts du Centre d'Expertise H. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_, l'exercice d'une activité extrêmement sédentaire en raison du handicap présenté par le recourant aux membres supérieurs. S'agissant enfin des certificats d'arrêt de travail produits par le recourant, ils émanent des Drs G. \_\_\_\_\_, puis J. \_\_\_\_\_, savoir ses médecins traitants, et ne comportent aucun élément propre à remettre en cause les conclusions des experts.

Il découle de ce qui précède que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui exclut toute aggravation postérieurement au jugement du 8 octobre 2002. Il sied en outre de relever que le rapport d'expertise du Centre d'Expertise H.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2010 satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. considérant 5b supra). Il contient un résumé des principales pièces médicales, une anamnèse complète, prend en considération les plaintes de l'assuré, décrit le status rhumatologique, orthopédique et psychique et pose un diagnostic dûment motivé. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce rapport d'expertise peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante et ses conclusions doivent être suivies, dès lors que les rapports médicaux versés au dossier constitué ne sont pas de nature à jeter un doute sur les conclusions des experts.

Il convient à présent d'examiner le préjudice subi par le recourant.

**7. a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1; 104 V 135 c. 2a et 2b; TF 9C\_298/2007 du 5 juin 2008 c. 3.1).

Pour fixer le revenu d'invalide - second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA -, on prendra en compte le revenu

effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; 126 V 75 c. 3b/aa; TF 9C\_311/2009 du 2 décembre 2009 c. 3.1). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail résiduelle (TF 9C\_419/2009 du 3 novembre 2009 c. 4.3.1). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence: la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 c. 4.2.1 et les références citées).

**b)** Dans son jugement du 8 octobre 2002, le Tribunal des assurances a considéré que la comparaison des gains à laquelle avait procédé l'OAI dans sa décision du 16 février 2001 n'était pas critiquable. L'office intimé avait alors retenu un gain avec et sans invalidité de 54'041 fr. dès lors que le recourant présentait une capacité de travail totale dans sa précédente activité de surveillant d'une ligne de production. En l'absence de préjudice subi, le taux d'invalidité était donc nul. Ces gains n'ont pas été contestés.

Cela étant, le moment déterminant pour la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 1 aLAI est celui de l'ouverture du droit éventuel à la rente, soit les circonstances qui prévalaient en 1997 (cf. ATF 129 V 222; cf. aussi TF 9C\_416/2010 du 26 janvier 2011), dès lors que le recourant présente une incapacité de travail de longue durée depuis le mois d'avril 1996 (cf. art. 29 al. 1 let. b aLAI).

Selon les renseignements recueillis par l'office intimé (cf. questionnaire pour l'employeur P.\_\_\_\_\_ SA du 29 avril 1997), le

recourant aurait pu obtenir en 1997 un gain annuel de 50'960 fr. s'il était resté au service de cet employeur. L'intéressé ne le conteste pas.

Si le revenu d'invalidé du recourant est déterminé à la lumière des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 1996, tous secteurs confondus, pour un homme exerçant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé), il faudrait partir d'un montant de 4'294 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires [1996], p. 17, TA 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1996 (41,9 heures; La Vie économique, 7-8/2005, p. 98, B 9.2), ce montant doit être porté à 4'498 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 1997 (+ 0,4 %; Evolution des salaires en 2001, p. 32, T1.1.93), on obtient un revenu mensuel de 4'516 fr. et annuel de 54'192 fr.

Supérieur au revenu réalisé sans invalidité, le recourant ne subit pas de perte de gain, de sorte que son taux d'invalidité est nul. L'application d'un coefficient de réduction maximal - 25% - à ce salaire statistique (cf. ATF 134 V 322 c. 5.2) n'ouvrirait pas non plus le droit à une rente d'invalidité.

**8.** S'agissant des mesures professionnelles, il y a lieu d'observer que le recourant n'a sollicité aucune mesure de ce type dans sa demande de prestations AI du 22 novembre 2002. Il n'a pas non plus conclu à l'octroi de telles mesures dans son recours. De son côté, l'OAI exclut dans la décision querellée le droit du recourant au reclassement, le degré d'invalidité étant inférieur à 20%. Subsiste dès lors la question de l'octroi d'une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, sous réserve que le recourant admette disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, le recourant demande, dans son écriture du 7 avril 2010, que la juridiction de céans examine son droit à des mesures professionnelles dès lors qu'il déclare souhaiter ardemment retrouver une activité professionnelle et être aidé dans ce sens par des mesures

professionnelles, ceci dans le but qu'il puisse se soumettre à des mesures de réinsertion et vérifier ainsi que la capacité de travail qu'on lui reconnaît encore est bel et bien une réalité.

A teneur de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a ).

Selon la jurisprudence (TF 9C\_28/2009 du 11 mai 2009), une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 c. 6 p. 80 ss; TFA I 421/01 du 15 juillet 2002 c. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C\_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Si la révision législative en question avait certes pour but d'obliger les autorités administratives à entreprendre, d'office, plus de démarches dans le domaine de la réadaptation, notamment en relation avec l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), cette obligation ne laisse cependant rien présager de la forme que doit revêtir l'aide au placement. Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 c. 3c p. 233 et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI. Quels que soient les mots utilisés, il apparaît que l'octroi d'office d'une aide au placement par la juridiction cantonale correspond à la possibilité d'obtenir une aide au placement à la condition de présenter une requête motivée offerte par l'administration.

Compte tenu de cette jurisprudence, une aide au placement doit être accordée d'office au recourant pour autant qu'il en fasse la demande à l'OAI.

**9.** Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée sur la base des pièces médicales versées au dossier constitué, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction. En ordonnant la mise en œuvre d'une expertise, le juge instructeur a fait droit, comme déjà relevé, à la requête formée par le recourant dans son recours du 18 janvier 2008. Les experts du Centre d'Expertise H. \_\_\_\_\_ se prononcent sur la capacité de travail de celui-ci dans une activité de surveillance qu'ils estiment compatible avec ses limitations fonctionnelles dans la mesure où aucune manutention n'est réalisée, ni action rapide demandant des mouvements vifs des membres supérieurs en portant des charges. La requête de complément d'instruction du recourant doit dès lors être rejetée. Il y a en outre lieu de relever que les déclarations verbales du responsable des ressources humaines de P. \_\_\_\_\_ SA, dont le recourant requiert l'audition en qualité de témoin, ont déjà été dûment consignées dans une note d'entretien du 13 novembre 2000. Ces déclarations ont été réitérées par ce même responsable à l'occasion d'une visite d'un collaborateur de l'OAI sur le lieu de travail du recourant. A la suite de cette visite, un rapport intermédiaire a été dressé en date du 27 décembre 2000. Dès lors que le jugement du Tribunal des assurances du 8 octobre 2002 se réfère à ces deux documents, point n'est donc besoin d'entendre une nouvelle fois le responsable des ressources humaines, dont les déclarations figurent déjà au dossier administratif, d'autant plus que le recourant a encore produit la lettre de P. \_\_\_\_\_ SA du 8 mars 2001. La requête du recourant sur ce point est donc écartée.

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que

certaines faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 Ia 161 c. 2b; TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008 c. 3.2 et les références citées).

**10. a)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que les rapports médicaux produits par le recourant n'objectivent aucune nouvelle limitation fonctionnelle susceptible de modifier l'exigibilité de la capacité de travail qui lui a été reconnue en 2002 et que le recourant n'a ainsi pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

**b)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**11. a)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. L'assistance judiciaire ayant été accordée avec effet au 30 janvier 2008, il convient de retrancher les opérations antérieures à cette date, soit 10 heures 50 (arrondi) selon le relevé des opérations produit par le conseil d'office le 12 mai 2011, ce qui porte le nombre d'heures à prendre en considération à 22 heures soumis au taux de TVA de 7.6%. Pour le surplus, la liste des opérations produite a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 22 heures de prestations d'avocat pour la période s'étendant du 30 janvier 2008 au 31 décembre 2010 soumise à un taux de TVA de 7.6% et à 3 heures dès le

1<sup>er</sup> janvier 2011, le taux de TVA étant de 8% dès cette date. Le montant total d'honoraires s'élève à 4'844 fr. 20, soit 3'960 fr. plus 301 fr. (montant arrondi) de TVA pour la période du 30 janvier 2008 au 31 décembre 2010 et 540 fr. plus 43 fr. 20 de TVA pour les opérations effectuées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'absence de liste des débours, l'avocat d'office du recourant a droit pour ses débours à une indemnité forfaitaires de 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]), plus 8 fr. de TVA (art. 2 al. 3 RAJ). L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 4'952 fr. 20, TVA comprise.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**b)** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 4 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** L'indemnité d'office de Me Denis Bridel, conseil du recourant V.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 4'952 fr. 20 (quatre mille neuf cent cinquante-deux francs et vingt centimes), TVA comprise.

**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 de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

**V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

### **Du**

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

- Me Denis Bridel, avocat (pour V.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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).

Le greffier :