

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Bidiville, assesseur
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Georges Reymond, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17, 43 al. 1, 44, 61 let. a et c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 69 al. 1bis LAI ; 69 al. 2, 72bis, 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. Le 18 décembre 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : TASS) a rendu un jugement dont la partie "En fait" est la suivante :

"En fait :

A. Ressortissant croate, V._____, né en 1950, marié et père de famille, ayant travaillé en qualité de grutier jusqu'au 18 août 1997 (date à laquelle il a dû interrompre cette activité, du fait de lombosciatalgies sur hernie discale L4-L5), a rempli, le 24 décembre 1997, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en vue d'obtenir un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans un rapport daté du 13 janvier 1998, le Dr J._____, à la [...], a posé le diagnostic suivant :

- gastrite érosive, oesophagite peptique stade I, st. post-cure hernie hiatale ;
- cervicolombalgies chroniques, troubles dégénératifs et statiques associés à une dysbalance musculaire marquée ;
- scoliose lombaire sinistro-convexe, cyphose dorsale haute ;
- ostéophytose ant. C6-C7, discopathies C5-C6, C6-C7 avec signes radiologiques de surcharge des articulations post. L4-L5, L5-S1 ;
- maladie de Bastrup, non fusion du listel marginal de L5.

Ce praticien précisait que son patient présentait des cervicalgies et des lombalgies importantes depuis de nombreuses années ; qu'en 1994, l'intéressé avait été vu par le professeur K._____ pour un bilan des douleurs lombaires, ayant à l'époque un caractère essentiellement mécanique ; qu'un traitement médicamenteux et l'application de physiothérapie soulageaient momentanément ; que les blocages lombaires et cervicaux demeuraient fréquents et très gênants dans la vie professionnelle de l'intéressé. Le Dr J._____, qui n'avait pas revu l'assuré depuis le 10 juin 1997 était dans l'impossibilité de fournir des indications exactes sur l'incapacité de travail de l'intéressé. Il était encore relevé que, chez ce sujet relativement jeune, des mesures professionnelles semblaient indiquées.

En date du 23 janvier 1998, le Dr S._____ a indiqué que l'incapacité de travail de son patient était totale depuis le 18 août 1997 ; que des mesures de réadaptation professionnelle étaient justifiées : que l'activité compatible avec l'état de santé du sujet ne devrait pas comporter le port de lourdes charges.

Mandaté en qualité d'expert, le Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI) a établi un rapport en date du 5 décembre 2000. Le Professeur T._____, médecin-chef, et le Dr

L._____, FMH médecine interne- rhumatologie, ont fourni les renseignements suivants :

Consultation de psychiatrie (Dr D._____)

Le diagnostic est celui de probable trouble somatoforme douloureux persistant et d'anxiété généralisée.

L'expertisé présente probablement un syndrome douloureux somatoforme persistant avec, comme facteurs déclenchants, l'activité de grutier exercée durant les 15 dernières années, impliquant des contraintes mécaniques pour le dos, ainsi qu'un contexte marqué par une émigration, des préoccupations liées à la guerre dans son pays d'origine avec développement d'une symptomatologie de type anxiété généralisée.

Un accident de la circulation, survenu en 1999, semble avoir nettement aggravé l'ensemble du tableau avec des cervicalgies importantes.

Il s'agit donc typiquement d'une problématique mixte, d'origine somatique et psychique, aboutissant au trouble somatoforme douloureux et à une incapacité de travail dont la part psychiatrique peut compter pour 50 pour-cent.

Sur le plan thymique, l'humeur est anxieuse ; il existe des troubles du sommeil liés à des ruminations empêchant l'endormissement et, parfois, des douleurs le réveillant. L'assuré décrit une incapacité à se détendre et une sensation "tête vide". L'intéressé évoque une diminution de la libido.

Il n'y a pas d'idéations suicidaires, ni de troubles formels de la pensée ou autres signes de la lignée psychotique.

Appréciation des experts

Le diagnostic est le suivant :

- trouble douloureux somatoforme persistant sous forme principalement de lombalgies et de cervicalgies ;
- anxiété généralisée ;
- troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire ; hernie discale L4-L5 paramédiane gauche ;
- status après accident de la circulation le 9 mai 1999 avec "coup du lapin".

Chez l'assuré, il n'y a pas eu de traumatisme ou d'autres événements permettant d'expliquer l'aggravation des plaintes qui sont apparues progressivement au début des années 90 et sont attribuées, par l'intéressé, au travail physiquement astreignant.

L'appréciation des praticiens qui ont examiné le sujet, au cours de ces dernières années, est concordante, à savoir qu'il existe des troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis cervico-dorso-lombaire et des possibles dysbalances musculaires.

Déjà en 1995, les médecins relevaient, à l'examen clinique, des symptômes de surcharge psychique décrits par Waddell. En 1997, il est mis en évidence une hernie discale paramédiane gauche L4-L5, mais en l'absence de déficit neurologique ou de signes d'irritation nets, ni les diagnostics, ni l'attitude thérapeutique de poursuivre le traitement conservateur ne sont remis en cause.

Le 9 mai 1999, V. _____ est victime d'un accident de la circulation avec coup du lapin. Selon lui il présente, depuis lors, des cervicalgies, mais, en fait, celles-ci étaient déjà mentionnées par le Dr J. _____, en 1998, et les radiographies de la nuque avaient révélé des troubles dégénératifs.

Le bilan radiologique actuel n'apporte pas d'éléments nouveaux. Lors de l'évaluation actuelle, on retrouve les troubles statiques et dégénératifs du rachis déjà connus. Il n'y a pas d'éléments anamnestiques ou à l'examen clinique objectifs justifiant une nouvelle investigation neuroradiologique.

Il est constaté des signes de non organicité selon Waddell et des signes d'amplification des symptômes.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré n'apparaît pas déprimé et ne présente pas de troubles de la lignée psychotique ou de troubles de la personnalité manifestes.

L'ensemble du tableau clinique - avec une discordance importante entre les constatations objectives et les plaintes - est pathognomonique d'un trouble somatoforme douloureux persistant. En revanche, au vu des connaissances médicales actuelles, s'agissant de l'attribution des douleurs, les constatations radiologiques de hernie discale sont abusives et inadéquates. Malheureusement, comme c'est fréquemment le cas, l'anamnèse n'a pas permis de mettre en évidence l'existence de facteurs psychologiques à l'origine de l'émergence de ce trouble.

Il existe, chez l'expertisé, des facteurs favorisant l'émergence d'un trouble somatoforme douloureux, lequel ne peut, en tant que tel, être assimilable à une atteinte à la santé. Parmi ceux-ci, citons l'âge, l'émigration, le manque de formation professionnelle, ainsi qu'une scolarisation réduite. La situation politique en ex-Yougoslavie a probablement joué également un rôle néfaste.

Du point de vue thérapeutique, un traitement de type Saroten serait indiqué pour réduire l'anxiété généralisée. Toutefois, il y a fort à craindre que chez cet assuré, attendant des prestations financières, une thérapie ne sera guère efficace.

Malgré ces plaintes intenses et le phénomène d'amplification des symptômes, le descriptif des activités quotidiennes révèle que V. _____ ne vit pas dans un état totalement régressé, qu'il vaque à différents types d'activités et qu'il n'a pas renoncé, par exemple, à conduire sa voiture pour se rendre en Croatie. Cela témoigne d'un phénomène d'autolimitation qui doit

être retenu dans l'appréciation de la capacité de travail raisonnablement exigible.

Globalement, le trouble somatoforme douloureux, persistant depuis plus de trois ans, avec extension rachidienne, lombaire et cervicale, représente une atteinte à la santé susceptible de limiter la capacité de travail de l'intéressé. Dans une activité où les travaux lourds prédominent, la capacité de travail du sujet est de 30 % environ. Dans une activité adaptée de type manutention légère, la capacité de travail résiduelle est de 50 pour-cent. Cette estimation tient compte, d'une part, du vécu douloureux, et, d'autre part, de la difficulté à contraindre à la pratique de travaux lourds un assuré se plaignant de rachialgies constantes, quand bien même les limitations rhumatologiques strictes sont minimales. Cependant, il ne faut guère s'attendre à ce que le sujet reprenne une activité, considérant que, jusqu'à ce jour, il n'a entrepris aucune démarche dans ce sens et qu'il est dans l'attente de prestations financières.

En date du 27 juillet 2001, l'OAI a établi un projet de décision dont il ressort en bref les points suivants :

- après analyse de l'ensemble des renseignements, tant par le service médical que par le service juridique, il ressort que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, ni en position immobile prolongée ;
- dans ce genre d'activités (par exemple employé de production, ouvrier dans le montage industriel ou encore ouvrier en mécanique), l'assuré pourrait réaliser un salaire annuel moyen de l'ordre de 45'053 francs. Dans son ancienne activité de grutier, l'intéressé réaliserait un gain annuel de 53'300 francs ;
- de la comparaison de ces deux rétributions, il résulte un préjudice économique annuel de 8'247 fr., ce qui correspond à un taux d'invalidité de 15,47 pour-cent ;
- ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente ;
- dès lors que l'intéressé est en mesure de trouver, sans l'aide des organes de l'AI, un certain nombre d'activités adaptées à son état de santé et ne nécessitant pas de qualifications personnelles particulières, le droit à des mesures professionnelles n'est pas non plus ouvert ;
- la demande de prestations devait dès lors être rejetée.

En réponse à l'intervention du conseil de V._____, l'avocat P._____, l'OAI a, dans un écrit daté du 28 août 2001, relevé les faits suivants :

- s'agissant de l'état de santé purement somatique de l'assuré, le rapport d'expertise du COMAI indique que les limitations rhumatologiques strictes sont minimales. Il est en revanche fait mention de signes d'amplification des symptômes et de non organicité ;

- au plan psychiatrique, les experts diagnostiquent un probable trouble somatoforme douloureux, ainsi qu'une anxiété généralisée. Cette dernière ne justifiant pas d'incapacité de travail de longue durée, la seule atteinte potentiellement invalidante est le trouble somatoforme douloureux ;

- conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) à propos des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 PP. 152 SS et 156 SS), un certain nombre de critères doivent être remplis pour qu'un trouble somatoforme douloureux puisse être considéré comme invalidant et, notamment, l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave est nécessaire. La lecture de l'expertise du COMAI révèle notamment l'absence de signes de dépression ou de troubles psychotiques ou de troubles de la personnalité, une discordance entre les plaintes et les éléments objectifs, ainsi que l'absence d'une perte notable de l'intégration sociale ;

- au vu de ces éléments, le trouble somatoforme présenté par l'assuré ne peut être considéré comme invalidant ;

- sur la base de l'ensemble des renseignements au dossier, une capacité de travail totale peut raisonnablement être exigée de l'intéressé dans une activité sans port de charges lourdes et excluant les positions immobiles prolongées ou les positions vicieuses du tronc.

Par décision du 29 août 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. (...)."

Le TASS a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre cette décision.

B. Le 26 février 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Le 4 juin 2004, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière. Par décision sur opposition du 22 juin 2005, l'OAI a annulé la décision du 4 juin 2004, informant l'assuré qu'il allait poursuivre l'instruction de son cas.

Dans un rapport médical du 6 juillet 2005, le Dr Z._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics suivants comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré :

- "- Lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5.
- Arthroses postérieures étagées, à prédominance L3-L4.
- Cervicalgies sur cervico-discarthrose avec une importante discopathie C6-C7.

- Trouble dépressif majeur d'intensité légère à modérée avec un probable trouble panique.
- Status après AIT".

Selon ce médecin, l'activité de grutier ne pouvait plus être exercée mais une activité dans un travail léger sans solliciter la colonne lombaire et sans port de charges lourdes était exigible à 40 %.

Le 22 juillet 2005, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (antécédents d'épisode dépressif majeur). Il est écrit que l'état de santé du recourant était nettement plus marqué par son handicap d'origine neurologique que par la symptomatologie psychiatrique. Il y avait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive réactionnelle à un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) de mai 2005 dont l'impact sur la capacité de travail n'était pas important. Selon le Dr R._____, l'activité habituelle n'était plus exigible et on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

Une expertise a été organisée au Centre d'expertise X._____, à [...] (ci-après : Centre d'expertise X._____) sur trois volets, à savoir rhumatologique, (Dresse F._____), psychiatrique (Dr N._____) et neurologique (Dr M._____). Les experts ont rendu leur rapport le 31 janvier 2006 dont il ressort notamment ce qui suit :

"Discussion

Monsieur V._____ est un homme âgé actuellement de 55 ans, originaire de Croatie, résidant en Suisse depuis 1979, sans formation professionnelle, ayant travaillé successivement comme paysan, garçon de cuisine, aide-cuisinier, jardinier, aide de garage, livreur, puis grutier/magasinier/manœuvre chez Entreprise Z._____ jusqu'à son arrêt de travail définitif le 18.8.1997. Depuis, Monsieur V._____ n'a plus exercé d'activité professionnelle.

Dans les antécédents de Monsieur V._____, on relèvera une hypertension artérielle labile, un diabète et une hypercholestérolémie.

Motif de la présente appréciation et de l'apparente incapacité de travail, Monsieur V._____ se plaint depuis de nombreuses années de lombalgies s'étant significativement aggravées en 1997 où elles vont se compliquer d'irradiations douloureuses dans les deux

membres inférieurs avec des troubles sensitivo-moteurs entraînant un handicap aux déplacements.

Plus récemment, l'état médical du sujet s'est compliqué de l'apparition soudaine le 2.5.2005 d'un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche attribué à un AVC.

Sur le plan ostéoarticulaire, Monsieur V._____ présente des lombalgies basses avec sciatalgies atypiques non déficitaires, ainsi qu'une symptomatologie fortement évocatrice d'une claudication intermittente neurogène. Par ailleurs, depuis un accident de circulation en 1999 ayant vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple et une contusion lombaire banale, Monsieur V._____ se plaint de l'apparition de cervicalgies et d'une aggravation des lombosciatalgies.

Du point de vue objectivable, on a surtout une restriction de mobilité du rachis lombaire et modérément du rachis cervical, avec des images de scanner lombaire parlant pour un canal lombaire rétréci limite, une hernie discale L4-L5 latéralisée à gauche, sans phénomène compressif. On peut néanmoins remarquer qu'aucun cliché n'a été effectué au niveau de L2 où fréquemment le canal lombaire est encore plus rétréci que dans une situation plus basse. Selon l'assuré, la situation s'est péjorée progressivement et en particulier depuis l'expertise de juillet 2000, surtout dans le sens d'une aggravation des douleurs lombaires et une restriction des périmètres de marche. Les examens radiologiques de 97 confrontés à ceux de 2003, ne montre pas par contre de péjoration nette, le canal lombaire était déjà décrit comme étroit limite. Dans l'état actuel, il ne nous est donc pas possible d'attester d'une aggravation clinique avec les éléments dont nous disposons, ce d'autant plus que l'anamnèse est peu fiable chez ce patient très démonstratif lors de l'examen clinique.

Sur le plan neurologique, outre les rachialgies cervico-lombaires mentionnées plus haut, Monsieur V._____ signale actuellement des douleurs diffuses des deux membres inférieurs à prédominance gauche présentes non seulement à la marche mais également au repos, des paresthésies globales des deux membres inférieurs à prédominance gauche et du pied, des phénomènes de blocages à la marche et enfin une faiblesse et un manque de contrôle de l'hémicorps gauche et des paresthésies du membre inférieur gauche apparus soudainement le 2.5.2005 lors d'un séjour en Croatie et persistant encore actuellement.

Les traitements actuels consistent en Ponstan, Coversum, Aspirine Cardio, Metfin, Simcora, Nootropil et Triptyzol.

En résumé, l'examen neurologique proprement dit s'est avéré aussi difficile à pratiquer que l'examen ostéoarticulaire, chez un patient très démonstratif et peu collaborant. Les différentes épreuves de marche ont été effectuées de façon très démonstrative avec une flexion en avant du tronc et une boiterie atypique. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons a été caractérisée par des phénomènes de lâchages sans déficit moteur certain. Enfin, après stimulation, la station pieds-joints, l'épreuve de Romberg et la marche un pied devant l'autre ont été finalement normalement

possibles, sans instabilité significative. L'examen des paires crâniennes a été caractérisé par une hypoesthésie tactile et douloureuse hémifaciale gauche sans altération des réflexes cornéens et sans autre atteinte significative. L'examen des membres supérieurs a été caractérisé par une faiblesse globale du membre supérieur gauche contrastant avec une bonne préservation de l'épreuve des bras tendus et de la trophicité musculaire, des épreuves de coordination dysmétriques, mais sans correction du côté gauche ainsi qu'une altération de la sensibilité superficielle et profonde du membre supérieur gauche. L'examen du tronc a révélé des réflexes cutanés abdominaux normalement et symétriquement présents, mais une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du côté gauche. A l'examen des membres inférieurs, on relevait une manoeuvre de Lasègue apparemment positive, mais sans blocage, dès 45° ddc, une chute freinée du membre inférieur gauche à l'épreuve des jambes fléchies, des mouvements rapides effectués de façon médiocre, mais pas d'altération significative de la trophicité ainsi que des réflexes tendineux et du cutané plantaire. A nouveau, le testing de la force musculaire a été caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre inférieur gauche. On a retrouvé une dysmétrie non corrigée du membre inférieur gauche ainsi qu'une altération globale de la sensibilité superficielle et profonde du membre inférieur gauche.

L'examen clinique a été complété par un EMG qui ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique certains dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire avec des tracés aux mouvements à basse fréquence, mais normalement riches pour la qualité d'effort obtenue cliniquement.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Les radiographies standard de la colonne cervicale et lombaire révèlent des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées modérées. Le CT-scan cervical met en outre une protrusion disco-ostéophytaire médiane C5-C6 et C6-C7 sans évidence de compression radiculaire et médullaire certaine. Les deux CT-scans lombaires révèlent une hernie discale paramédiane et foraminale gauche L4-L5 et une arthrose postérieure pluri-étagée, le tout entraînant un rétrécissement modéré du canal rachidien notamment en L3-L4, mais de façon non significative stricto sensu sur le plan clinique.

Au terme du présent bilan, pour ce qui est des rachialgies cervico-lombaires et des "sciatalgies", le caractère des plaintes, le comportement du patient, les constatations cliniques et le résultat des examens complémentaires (EMG et bilan radiologique) ne permettent pas de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une affection somatique (tant radiculaire qu'un canal lombaire étroit). La dimension du canal rachidien est un peu étroite, mais ne saurait expliquer en soi les plaintes. La hernie discale L4-L5 gauche ne peut être considérée comme expliquant le tableau clinique, dans le contexte global. Pour ce qui est des cervicalgies, le probable whiplash cervical intervenu en 1999 ne saurait également rendre compte des troubles et d'une éventuelle incapacité de travail. S'agissant des conséquences de l'atteinte neurologique survenue le 2.5.2005, il est, là encore, impossible d'objectiver une séquelle

certaine à cette composante de la symptomatologie. En effet, si la description des troubles évoque un possible AVC, l'IRM cérébrale effectuée à Zagreb n'apporte pas la preuve d'une lésion corrélée avec les éléments cliniques. Actuellement, les troubles sensitivo-moteurs et de la coordination objectivés au niveau de l'hémicorps gauche n'ont pas de caractère franchement organique (phénomènes de lâchages étagés sans altération des réflexes tendineux et cutanés ; troubles de la coordination sans correction ; troubles sensitifs globaux atypiques). Il n'est donc pas possible d'affirmer l'existence d'une atteinte neurologique somatique persistante certaine en tant que conséquence d'un possible AVC survenu le 2.5.2005. Cette composante de la symptomatologie ne représente donc pas, actuellement, une cause d'incapacité de travail significative.

En conclusion, sur le plan neurologique, il n'y a pas au présent bilan d'éléments permettant d'affirmer l'existence d'une atteinte significative du système nerveux central et périphérique à l'origine d'une incapacité de travail significative.

Sur le plan psychique, il n'y a aucune psychopathologie à retenir, l'assuré est souriant, rit même, et ne reconnaît aucun trouble psychique, ce qui est concordant avec l'observation. La symptomatologie évoquée sur le plan somatique, mais non objectivée, ne trouve pas d'explication psychiatrique. On reste perplexe devant l'aspect très dichotomique, soit une très mauvaise collaboration et un comportement démonstratif lors des examens somatiques, et une bonne collaboration lors de l'examen psychique.

La capacité de travail est complète.

Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

*Anamnèse professionnelle et sociale
Evolution de la maladie et résultats des thérapies
Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle*

Cf. ci-dessus.

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)

Cf. ci-dessus.

3. Status clinique

*Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)
Résultats des tests avec la méthode utilisée*

Cf. ci-dessus.

4 Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*
Depuis quand sont-ils présents?

--

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*
Depuis quand sont-ils présents?

- Hernie discale L4-L5 gauche non compressive et canal lombaire étroit limite très certainement sans expression clinique.
- Troubles sensitivo-moteurs hémicorporels gauches sans substrat organique actuellement significatif.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique

Compte tenu des éléments à notre disposition, en dehors d'une limitation dans les activités physiques particulièrement lourdes liées aux troubles dégénératifs cervico-lombaires, Monsieur V._____ ne présente pas d'incapacité de travail significative dans une activité de grutier, de magasinier et de manoeuvre.

Sur le plan psychique et mental

Pas de limitation

Sur le plan social

Pas de limitation

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 *Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?*

Sur le plan somatique, il n'y a pas comme mentionné plus haut d'incapacité de travail significative en dehors d'une activité nécessitant un engagement physique particulièrement lourd et le port de charges importantes.

Sur le plan psychique, pas d'incapacité de travail.

2.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Sur le plan somatique, la capacité de travail dans l'activité exercée préalablement est de 100%.

Sur le plan psychique, 100%

2.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?*

Sur le plan somatique, à plein temps.

Sur le plan psychique, à plein temps.

2.4 *Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?*

Sur le plan somatique, non

Sur le plan psychique, non

2.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Sur le plan somatique, il n'y a en principe pas d'incapacité de travail significative prolongée.

Sur le plan psychique, pas d'incapacité de travail.

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

Sur le plan somatique, cf. réponse à la question 2.5.

Sur le plan psychique, cf. réponse à la question 2.5.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables

Si oui prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Oui, mais étant donné le comportement observé lors des examens somatiques, on peut douter des résultats.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 *Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

Sur le plan somatique, pour les éléments développés plus haut, la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent est en principe complète. On devrait néanmoins envisager d'éviter au patient le

port de charges particulièrement lourdes et autoriser une activité permettant des changements relativement fréquents de position.

Sur le plan psychique, pas nécessaire.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Pour les éléments développés plus haut, du point de vue strictement somatique, la capacité de travail est de toute façon complète.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Sur le plan somatique, toute activité potentiellement adaptée aux capacités du patient est exigible, en évitant néanmoins, compte tenu des constatations radiologiques, des activités comportant un engagement physique particulièrement lourd et une position fixe prolongée.

Sur le plan psychique, toute activité est possible.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Sur le plan somatique, à plein temps.

Sur le plan psychique, à 100%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Sur le plan somatique, non.

Sur le plan psychique, non."

Par courrier du 31 mars 2006, l'assurance protection juridique de l'assuré a fait parvenir 3 rapports médicaux dont un émanant du Dr B. _____ du 21 mars 2006. Il en ressort notamment ce qui suit :

"Voici un complément d'informations concernant le patient susnommé que j'ai revu en consultation, à sa demande, le 6.03.06.

(...)

IRM cérébrale du 13.03.06 - C.I.M.M. insuffisance artérielle cérébrale diffuse avec de nombreux foyers hyperintenses dans la substance blanche des 2 hémisphères cérébraux.

Infarctissements linéaires dans le territoire sylvien droit, l'un paraventriculaire antéro-latéral, un autre sus-putaminal empiétant sur le départ de la capsule blanche interne droite et petit infarctissement ovalaire dans la région thalamique latéro-basale postérieure droite.

Il s'agit donc de séquelles neuroradiologiques d'un AVC dans le territoire sylvien droit, survenu en mai 2005 ; compatibles avec le tableau neurologique actuel."

Par décision du 30 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

Par courrier du 3 juillet 2006, l'assuré a fait opposition contre cette décision par l'intermédiaire de son assurance protection juridique.

Le 24 novembre 2006, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie, orthopédie et traumatologie, a posé les diagnostics de rupture du tendon du sous-scapulaire à droite avec rupture du long chef du biceps à droite, de status après hémiparésie gauche, d'hypertension artérielle (HTA), de diabète sucré et d'hypercholestérolémie.

Un examen clinique orthopédique a été effectué le 22 mai 2008 au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'examen du 26 mai 2008, ce médecin a notamment écrit ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- LOMBOSCIATALGIES CHRONIQUES SANS TROUBLES NEUROLOGIQUES. HERNIE DISCALE L4-L5 G. TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS (M 51.2)
- CERVICALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS. DISCARTHROSE C6-C7
- SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE D, LÉSIONS DÉGÉNÉRATIVES DU LONG CHEF DU BICEPS ET DU SOUS-SCAPULAIRE (M 75.1)
- STATUS APRÈS POSSIBLE ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL SANS SÉQUELLES OBJECTIVABLES
- COXARTHROSE BILATÉRALE DÉBUTANTE

- sans répercussion sur la capacité de travail

- HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN TRAITEMENT
- HYPERLIPÉMIE EN TRAITEMENT.

APPRÉCIATION DU CAS

Assuré de 57 ans, sans formation particulière, ayant travaillé comme magasinier. Développe des lombosciatalgies bilatérales sans troubles neurologiques. Il dépose une première demande AI en 1997, laquelle a été refusée en 2001. L'assuré développe des cervicalgies depuis 1999. En 2004, l'assuré dépose une deuxième demande AI. En mai 2005, il développe des troubles sensitivomoteurs de l'hémicorps G. L'examen neurologique détaillé y compris l'EMG effectué par le Dr M. _____ en janvier 2006 n'a pas permis de mettre en évidence une atteinte neurologique périphérique. Un IRM cérébral effectué en mars 2006 montre des images compatibles avec des infarctissements linéaires dans le territoire sylvien D. En septembre 2006, mise en évidence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule D.

Les limitations fonctionnelles : l'assuré peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position assise avec la position debout, à sa guise. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter le port de charges > 15 kg. Doit éviter tout métier qui implique une mobilité de l'épaule D (non dominante) au-delà de l'horizontale et le soulèvement de charges > 5 kg, surtout à répétition.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Arrêt de travail depuis le 18.08.1997.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative.

Concernant la capacité de travail exigible, l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2006 conclut que l'assuré est apte à travailler dans toute activité à 100% en évitant le port de charges lourdes et en privilégiant une activité qui permet le changement fréquent de position. Cette expertise a eu lieu avant la mise en évidence de la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule D (non dominante). Cette lésion entraîne d'autres limitations fonctionnelles qui font que le métier de magasinier ne soit plus exigible, car selon l'assuré, il devait lever des charges à répétition. Nous considérons donc que selon les renseignements obtenus auprès de l'assuré, sa capacité de travail en tant que magasinier est nulle depuis septembre 2006. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail de cet assuré reste complète. Nous n'avons aucun argument pour diminuer cette capacité de travail.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%. DEPUIS : TOUJOURS."

Dans un avis du 2 juin 2008, le Dr G._____, du SMR, a écrit ce qui suit :

"L'examen orthopédique au SMR du 22.05.2008 met en évidence une atteinte durable de l'épaule D (chez un gaucher), qui entraîne des limitations fonctionnelles et rend inexigible le travail d'ouvrier du bâtiment ou de magasinier.

Les limitations fonctionnelles nouvelles sont : port de charges de plus de 15 kg travaux impliquant une mobilité de l'épaule D au-delà de l'horizontale et le soulèvement à répétition de charges de plus de 5 kg. Ces LF s'ajoutent à celles déjà déterminées, qui sont : travail sédentaire ou semi-sédentaire, permettant l'alternance de la position, travaux penché en avant ou en porte-à-faux.

Dans une activité adaptée, la CT est entière.

Les nouvelles limitations fonctionnelles, et donc l'incapacité de travail dans les activités non-adaptées sont valables depuis septembre 2006."

Par décision sur opposition du 29 juillet 2008, l'OAI a admis un taux d'invalidité de 27 %, rejetant ainsi la demande de prestations de l'assuré.

Par courrier du 18 août 2008 à l'attention de l'assuré, son assurance protection juridique a estimé qu'en l'état du dossier, les chances de succès d'un recours étaient insuffisantes.

C. Le 8 décembre 2008, le Dr Z._____ a écrit pour l'essentiel à l'avocat de l'assuré que l'état de celui-ci ne s'était pas amélioré et que l'évolution était défavorable. Le 30 janvier 2009, ce médecin a adressé copie de cette lettre à l'OAI.

Par courrier du 2 avril 2009, le Dr Z._____ a adressé à l'OAI un rapport du 24 mars 2009 établi par le Dr B._____, spécialiste en neurologie, dont il ressort en particulier :

"Il s'agit d'une encéphalopathie post-anoxique, cérébrale, diffuse, avec des foyers hyperintenses, nombreux, dans le centre ovale des 2 hémisphères cérébraux ; consécutive à un AVC dans le territoire sylvien D avec une hémiparésie sensitivo-motrice résiduelle à l'hémicorps G, à prédominance au MS, survenu en mai 05 chez un

patient hypertendu ; documentée sur une imagerie cérébrale par résonance magnétique du 18.03.09.

A mi-septembre 06, il a développé, à l'effort, une rupture du tendon sous-scapulaire, avec rupture du biceps à D, avec un handicap fonctionnel résiduel, inaccessible au traitement chirurgical.

Comorbidité : HTA. Diabète de type II. Hypercholestérolémie. Syndrome algique lombo-vertébral chronique, sur une double hernie discale L4-L5 et L5-S1, inopérable ; associé à un canal lombaire étroit sur un rétrécissement arthrosique du canal lombaire.

Il existe actuellement un **syndrome vertigineux positionnel paroxystique**, de durée variable avec une amaurose fugace transitoire ; associé à des céphalées, des paresthésies du cuir chevelu, des pertes de mémoire, avec des difficultés de concentration. Equilibre instable.

Dans ces conditions : polypathologique complexe avec handicap fonctionnel, une activité lucrative, à mon avis, n'est plus exigible."

Le 11 mai 2009, le Dr Z._____ a de nouveau écrit à l'OAI indiquant que l'état de santé de son patient s'était encore aggravé depuis le mois de mars 2009. Selon le médecin, outre les éléments neurologiques mis en avant par le Dr B._____ dans son rapport du 24 mars 2009, l'évolution de l'épaule droite de son patient n'était pas favorable. Il présentait des douleurs de l'épaule en permanence et une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche suite à une rupture du tendon sous-scapulaire et du long chef du biceps en 2006. Enfin, ce médecin a estimé qu'une réévaluation de l'état de santé de son patient par le SMR lui paraissait justifiée.

Dans un avis médical du 4 août 2009, le Dr G._____ a écrit notamment :

"Le Dr Z._____ a écrit à l'AI le 08.12.2008 en signalant une aggravation. Or, dans cette lettre il ne mentionne aucun nouvel élément, les atteintes mentionnées avaient été prises en compte lors de la décision.

Le 11.05.2009 il fait parvenir une nouvelle lettre, mentionnant cette fois, en plus des problèmes connus, à savoir l'encéphalopathie post-anoxique et l'atteinte de l'épaule D, un syndrome vertigineux positionnel paroxystique de durée variable, une amaurose fugace transitoire, des paresthésies du cuir chevelu, des troubles de mémoire, des difficultés de concentration et une instabilité de l'équilibre. Ce sont les constatations qui ont été faites par le Dr B._____.

Or, le Dr B. _____ n'émet aucune hypothèse pour expliquer ces constatations, il conclut que dans ces conditions, face à une polyopathie complexe avec handicap fonctionnel, une activité lucrative n'est plus exigible. La copie de l'IRM cérébrale du 17.03.2009 ne montre aucune nouvelle lésion par rapport à l'IRM précédente et n'explique pas cette symptomatologie.

S'agit-il d'une nouvelle atteinte, à prendre en compte?

- L'amaurose fugace transitoire est, comme le terme l'indique doublement, fugace et transitoire, et ne constitue ainsi pas une atteinte entraînant de nouvelle limitation fonctionnelle ou une incapacité de travail.
- Les vertiges positionnels paroxystiques sont, comme le nom l'indique également, des phénomènes survenant par moments. Selon l'avis neurologique, aucun traitement spécifique ne semble avoir été instauré pour traiter ces vertiges.
- L'IRM du 17.03.2009, faite par le même radiologue sur le même appareil, est décrite comme inchangée par rapport à l'examen précédent fait le 13.03.2006.
- Les autres troubles mentionnés par le neurologue dans son rapport du 24.03.2009, à savoir des céphalées, des paresthésies du cuir chevelu, des pertes de mémoire, des difficultés de concentration et un équilibre instable ne sont pas expliqués par le neurologue, aucune hypothèse étiologique n'est avancée, nous ne savons pas si des investigations ont eu lieu.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de retenir une aggravation de la situation, mais nous ne pouvons l'écarter sur la base de ces renseignements.

Je propose de demander au Dr B. _____ d'étayer ses constatations (...)."

Le 5 août 2009, le Dr B. _____ a été interpellé par le SMR. Par courrier du 18 août 2009, il a répondu que compte tenu de l'absence de nouvelles lésions visibles à l'IRM du 17 mars 2009, il n'avait pas entrepris d'autres investigations. Il indiquait que la symptomatologie clinique énumérée dans son rapport du 24 mars 2009 reposait sur les données de l'interrogatoire de l'assuré, qu'elle évoquait en premier lieu un accident ischémique transitoire (ci-après : AIT) dans les territoires vertébro-basilaires dans le cadre des facteurs de risque et qu'une participation vestibulaire centrale n'était pas exclue. Le médecin disait ne plus avoir revu l'assuré depuis le 23 mars 2009. Les troubles étaient apparus début 2009.

Le 31 août 2009, le Dr Z._____ a été de nouveau interpellé par le SMR. Par courrier du 17 septembre 2009, ce médecin a écrit que la symptomatologie décrite dans sa lettre du 11 mai 2009 persistait sous forme de vertiges et de douleurs de l'épaule droite. Il n'avait pas fait d'autres investigations. Cette atteinte interférait sur la capacité de travail de son patient par l'instabilité de l'équilibre et des douleurs persistantes de l'épaule.

Dans un avis médical du 29 septembre 2009, le Dr G._____ a écrit notamment que le Dr B._____ estimait que la symptomatologie neurologique était consécutive à l'AIT survenu en 2005. En outre, sur la base des renseignements fournis par ce médecin et le Dr Z._____, il pouvait conclure que depuis l'examen orthopédique au SMR et depuis son avis du 2 juin 2008, aucun nouvel élément médical d'importance avec répercussion sur la capacité de travail n'était apparu. Les vertiges allégués et l'instabilité n'avaient pas été objectivés et n'avaient pas trouvé d'explication. Dès lors ses conclusions formulées dans l'avis précité étaient toujours les mêmes à savoir :

- limitations fonctionnelles : travail semi-sédentaire ou sédentaire, permettant l'alternance de la position, pas de travaux en position penchée en avant ou en porte-à-faux du tronc.
Depuis septembre 2006 : port de charges de plus de 15 kg, travaux impliquant une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontale et le soulèvement à répétition de charges de plus de 5 kg.
- Capacité de travail comme ouvrier du bâtiment ou magasinier : 0 % depuis septembre 2006.
- Capacité de travail dans une activité adaptée : 100 %.

Par projet de décision du 23 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui nier le droit à des prestations de l'AI, son degré d'invalidité étant fixé à 26.58 %.

Par courrier du 25 janvier 2010, après avoir obtenu plusieurs prolongations de délai, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a fait part de ses objections contre le projet de décision du 23 octobre 2009 et a annexé six rapports médicaux.

Par avis médical du 1^{er} avril 2010, le Dr. W. _____, du SMR et spécialiste en anesthésiologie, a écrit ce qui suit :

"Les pièces médicales fournies à l'appui de l'audition sont :

- Le rapport du Dr B. _____ au Dr Z. _____ du 03.11.09 : il fait état d'un syndrome algique lombo-vertébral chronique et de coxalgies à prédominance droite. Ces éléments sont déjà relevés dans le rapport d'examen orthopédique du 22.05.08. Quant aux symptômes attribués à l'encéphalopathie post-anoxique, ils datent de mai 2005 et ont déjà été évalués de manière complète dans le cadre de l'expertise COMAI (cf. rapport du 31.01.2006). Enfin, la pathologie de l'épaule droite, a déjà été appréciée par le Dr H. _____, chirurgien-orthopédiste FMH (cf. rapport d'examen du 22.05.08). La faible probabilité d'une reprise d'une activité lucrative, telle qu'attestée par le Dr B. _____, ne résulte pas d'une aggravation de l'état de santé depuis la dernière évaluation clinique en mai 2008.
- Le rapport du Dr Z. _____ à Me Reymond du 09.11.09 n'apporte aucun élément médical nouveau ; la symptomatologie ne s'est pas améliorée et le pronostic est jugé réservé, ce qui ne constitue pas des éléments d'aggravation.
- Le rapport d'IRM lombaire du Dr SA. _____ (03.11.09) confirme les lésions dégénératives connues et ne permet pas de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles. La radiographie du bassin de face debout du 29.10.09 est normale.
- Le rapport du Dr Z. _____ à Me Reymond du 21.12.09 n'apporte aucun élément médical nouveau.
- Le rapport du Dr B. _____ au Dr Z. _____ du 15.12.09 fait la description de l'IRM cervico-dorsale du 03.12.09 et conclut que l'évolution ultérieure vers une myélopathie cervicoarthrosique n'est pas exclue. Rappelons que l'arthrose cervicale est diagnostiquée depuis 2004 et a été prise en compte dans l'examen clinique du 22.05.08.
- Le rapport d'IRM cervico-dorsale du 03.12.09 : voir commentaire ci-dessus.

Conclusion, les documents médicaux ci-dessus se réfèrent tous à des atteintes anciennes, connues et documentées, dont nous avons déjà tenu compte dans notre appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité travail exigible dans une activité adaptée."

Par courrier du 30 avril 2010, l'OAI a écrit au conseil de l'assuré que les documents médicaux produits se référaient à des atteintes anciennes, connues et largement documentées. Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

D. Par acte du 7 juin 2010, l'assuré a recouru contre cette décision concluant à son annulation et à une nouvelle expertise auprès du Centre d'expertise X._____ permettant de déterminer l'ensemble des lésions neurologiques et limitations fonctionnelles que celles-ci engendrent.

Le 9 septembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2

al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Suite au courrier du Dr Z. _____ du 11 mai 2009, considéré par l'OAI comme le dépôt d'une nouvelle demande de prestations du recourant, cet office est entré en matière sur le fond, tout en refusant par la suite l'octroi de prestations par décision du 30 avril 2010, vu de l'absence d'aggravation significative de son état de santé depuis sa décision non contestée du 29 juillet 2008.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012, consid. 2). L'autorité procède alors de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Selon cette dernière disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels

qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale d'octroi ou de refus de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain est définie par l'art. 7 al. 1 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en considération pour juger de la présence d'une incapacité de gain et cette dernière n'existe que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leur travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). S'agissant de la rente, l'assuré y a droit, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % (let. c).

c) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste ainsi à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références citées).

4. Dans le cas d'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant faite par l'intermédiaire de son médecin traitant le 11 mai 2009. Il lui appartenait en conséquence d'examiner si l'état de santé du recourant s'était détérioré entre la décision non contestée du 29 juillet 2008 et celle, litigieuse, du 30 avril 2010 et comment cet état avait influencé éventuellement ses droits.

a) Le 2 avril 2009, le Dr Z. _____ a joint à son courrier à l'intention de l'OAI un rapport du Dr B. _____ daté 24 mars 2009 dont il ressort notamment que son patient présentait une encéphalopathie post-anoxique, cérébrale, diffuse, avec des foyers hyperintenses, nombreux, dans le centre ovale des 2 hémisphères cérébraux ; consécutive à un AVC dans le territoire sylvien D avec une hémiparésie sensitivo-motrice résiduelle à l'hémicorps G, à prédominance au MS, survenu en mai 2005 chez un patient hypertendu ; documentée sur une imagerie cérébrale par résonance magnétique du 18 mars 2009. Ce médecin a également précisé que son patient présentait un syndrome vertigineux positionnel paroxystique, de durée variable avec une amaurose fugace transitoire, le tout associé à des céphalées, des paresthésies du cuir chevelu, des pertes de mémoire, avec des difficultés de concentration et un équilibre instable.

Dans sa correspondance du 11 mai 2009, le Dr Z. _____ reprend pour l'essentiel les constatations médicales du Dr B. _____ sur le plan neurologique et évoque en outre des douleurs à l'épaule droite permanente et une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche

suite à une rupture du tendon sous scapulaire et du long chef du biceps en 2006.

Dans son courrier du 18 août 2009, le Dr B._____, suite à l'interpellation du SMR du 5 août 2009, indique que la symptomatologie clinique énumérée dans son rapport du 24 mars 2009 reposait sur les données de l'interrogatoire de l'assuré. Selon ce spécialiste, cette symptomatologie évoque en premier lieu un AIT dans les territoires vertébro-basilaires. Il précise également que les troubles étaient apparus début 2009.

Sur la base de ces éléments, le SMR a considéré le 29 septembre 2009 qu'aucun nouvel élément médical d'importance avec répercussion sur la capacité de travail n'était apparu. En particulier, le Dr G._____, du SMR, a écrit que le Dr B._____ estimait que la symptomatologie neurologique était consécutive à l'AIT survenu en 2005.

b) Il ressort des pièces du dossier que le Dr B._____ a dans un premier temps évoqué l'existence d'un AVC chez le recourant survenu en 2005. Cet AVC a fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'expertise du Centre d'expertise X._____ du 31 janvier 2006. A ce titre, on relèvera qu'il a touché le territoire sylvien droit du cerveau du recourant avec pour conséquence, selon le Dr B._____, une hémiparésie sensitivo-motrice résiduelle à l'hémicorps gauche.

Dans son courrier du 18 août 2009, ce spécialiste en neurologie, indique que la symptomatologie présentée par le recourant depuis début 2009 évoque en premier lieu un AIT dans les territoires vertébro-basilaires.

Au regard des lignes qui précèdent, force est de constater que le SMR se trompe dans son avis du 29 septembre 2009 en confondant l'AVC survenu en 2005 et l'AIT dont fait mention le Dr B._____ dans son rapport du 18 août 2009. En effet, l'AIT évoqué par ce spécialiste ne correspond pas, ni quant à sa nature, ni quant au territoire cérébral

touché, à l'AVC dont a été victime le recourant en 2005. Contrairement à l'avis du SMR, cet élément constitue un fait nouveau que ce dernier aurait dû investiguer. Il en va de même de la problématique de l'amaurose ainsi que des pertes d'équilibre dont ce spécialiste fait mention et que le SMR a écarté notamment au motif que ces éléments n'avaient pas été objectivés. Pourtant, au demeurant, ces éléments ont été régulièrement invoqués en particulier par un médecin spécialiste en neurologie. On rappellera à ce titre qu'il appartient justement au SMR d'effectuer ou faire effectuer les examens nécessaires propres à objectiver, si nécessaire, les symptômes invoqués et mettre en évidence les éventuelles pathologies qui peuvent en être la cause.

Par surabondance, on relèvera que l'expertise du Centre d'expertise X._____, qui a porté sur les questions rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques date du 31 janvier 2006 et qu'elle avait abouti à la conclusion que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail significative. Or, le 22 mai 2008, l'examen orthopédique du SMR avait conclu à l'inverse à l'existence de plusieurs pathologies ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé du recourant s'était dès lors péjoré de manière objective et significative en à peine plus de deux ans. On rappellera en outre que selon ce dernier rapport, la plupart des diagnostics posés étaient de nature dégénérative. A ce titre, la Cour de céans remarque qu'entre 2009 et 2010, le SMR n'a pas pratiqué ou fait pratiquer de nouveaux examens rhumatologiques et orthopédiques, malgré la nature dégénératives des atteintes diagnostiquées et l'existence d'avis médicaux concordants, tendant à démontrer une détérioration de l'état de santé du recourant. En particulier, La Cour relève que le Dr Z._____ évoque dans son avis médical du 11 mai 2009 une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche sur laquelle le SMR ne s'est pas attardé.

Au regard de ce qui précède, la Cours de céans considère être insuffisamment renseignée sur l'état de santé neurologique, rhumatologique et orthopédique du recourant. En outre, dans la mesure où le recourant est sujet à des attaques cérébrales, avec présence de

facteurs de risque, la Cour de céans estime que d'autres examens complémentaires, notamment cardio-vasculaires sont nécessaires, afin de faire une évaluation aussi complète que possible de l'état de santé du recourant.

Il s'en suit que l'instruction du dossier est incomplète du point de vue médical et qu'il subsiste suffisamment de doute sur la question litigieuse pour que la Cour de céans ne soit pas en mesure de trancher le litige à satisfaction de droit.

5. a) Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_ 364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3). Dans la mesure où l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées).

c) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement («eine bisher vollständig ungeklärten Frage»), ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative («Klarstellung,

Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen»); a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature et l'ampleur des atteintes somatiques dont souffre le recourant et quant à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'OAI est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'OAI a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il avait besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI).

En conséquence, le renvoi de la cause à l'OAI s'impose pour complément d'instruction (ATF 137 V 210 précité) sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (notamment rhumatologique, orthopédique, neurologique et cardiologique) au sens de l'art. 44 LPGA et de l'art. 72bis RAI afin de préciser les troubles somatiques du recourant et définir sa capacité de travail.

En effet, l'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même.

6. a) Au vu des circonstances du cas d'espèce, le recours doit être admis, la décision attaquée du 30 avril 2010 annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et être mis à la charge de l'OAI.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, par ailleurs représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr., à la charge de l'OAI (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 admis.
- II. La décision rendue le 30 avril 2010 est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office à l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'Office à l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. l'Office à l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à titre de dépens la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à V._____.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Georges Reymond, avocat (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :