

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2015

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

J. _____, à Renens, recourant,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 LAI; 6, 7, 8 et 17 LPGA; 87 RAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1964, ressortissant espagnol, a travaillé dès le 25 mai 1993 comme maçon-coffreur en Suisse. Le 31 juillet 1995, l'assuré a été victime d'un accident professionnel avec fracture comminutive du pilon tibial droit. Il n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis lors. Par décision du 8 juillet 1998, confirmée par décision sur opposition du 18 février 1999, l'assureur-accidents lui a alloué une rente d'invalidité de 25 % dès le 1^{er} mars 1998, ainsi qu'une indemnité de 5 % pour atteinte à l'intégrité.

Le 28 mai 1996, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Par décision du 26 novembre 2001, confirmée par arrêt du 9 octobre 2003 du Tribunal des assurances du canton de Vaud (cause AI 4/02 - 335/2003), puis dans par arrêt I 805/03 du 24 janvier 2005 du Tribunal fédéral des assurances, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé l'octroi d'une rente. L'OAI et les tribunaux ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée (activité légère, de type industriel, en position assise, sans limitation de rendement) et une perte économique, respectivement un taux d'invalidité de 20.85 %, arrondi à 21%.

B. Le 29 novembre 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il y a notamment joint un certificat médical du 23 mars 2004 de la Dresse C._____, médecin associée au Département de l'appareil locomoteur, Service de rhumatologie, du Centre hospitalier E._____ (ci-après : E._____). Elle y exposait suivre régulièrement l'assuré en raison de problèmes de santé liés à l'accident de travail de 1995 et constatait que sa situation, déjà déplorable à l'époque, se détériorait de plus en plus. Sur le plan fonctionnel, l'assuré était de plus en plus handicapé à la marche, son périmètre de marche, même avec deux

cannes anglaises, ne dépassant pas 300 mètres; le questionnaire d'Oswestry montrait un taux de 64 % de répercussion de la douleur sur la vie quotidienne. A cela s'ajoutait un état anxio-dépressif avec insomnies, fatigue, ruminations, sentiment de dévalorisation et idées noires. Selon ce médecin, son patient avait adhéré à toutes les propositions thérapeutiques mais l'évolution restait défavorable tant sur le plan antalgique que fonctionnel. L'état de l'assuré était totalement incompatible avec l'activité professionnelle antérieure à l'accident et, dans une activité adaptée, on ne pouvait envisager qu'une activité occupationnelle (la demi-journée dans un travail sans port de charge et avec la possibilité de changer de postures), ce qui représentait une rentabilité d'un maximum de 30 %.

Dans un rapport médical du 8 juin 2005, le Dr Z._____, médecin généraliste et médecin traitant, a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré une arthrose post-traumatique cheville et pieds droits, ainsi qu'une lourde sciatalgie bilatérale, sur hernie discale L4-L5 et retrolisthésis. Comme diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, il a indiqué une surcharge psychique avec un état anxio-dépressif et des revendications. L'incapacité de travail attestée était de 100 % depuis 1995. Le praticien a précisé que son patient formulait de multiples plaintes ("tout va mal"), qu'il était de plus en plus gêné à la marche, avec une boiterie importante et qu'il y avait des signes de surcharge, l'assuré se montrant très démonstratif. Le pronostic était très réservé. Il a relevé qu'un examen rhumato-psychiatrique serait très utile. En ce qui concerne la capacité de travail de son patient, l'activité exercée précédemment n'était plus exigible, une activité adaptée, en position assise, sans effort, ni marche et préservant tant son dos que ses membres inférieurs serait exigible, mais difficilement; enfin, vu le contexte (le patient n'avait plus travaillé depuis 1995, montrait peu de motivation, était revendicateur, parlait mal et n'écrivait pas le français), un taux maximum de 50 % était envisageable.

Dans un rapport médical du 18 juillet 2005, la Dresse C._____ a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la

capacité de travail de son patient notamment un état anxio-dépressif et des troubles de l'adaptation, apparus en 1995 et s'aggravant au cours des années. L'échelle d'auto-évaluation relative à l'anxiété/dépression (Dallas) montrait des répercussions de 90 %. Le patient présentait aussi des troubles du sommeil, une importante fatigabilité, une irritabilité, un retrait social et un sentiment d'inutilité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dès lors que l'assuré présentait des troubles de mémoire et n'avait plus de capacité d'adaptation. Ce médecin relevait en outre qu'il avait fait des efforts pour avoir au moins une activité occupationnelle, mais que, malheureusement, aucun office de placement ne donnait suite à la demande d'une personne qui se déplaçait avec deux cannes anglaises. Dans ses conclusions, elle indiquait que l'accident de 1995 avait entraîné des troubles physiques et psychologiques que son patient était incapable d'assumer. Sans formation professionnelle, il n'avait misé que sur sa force physique; confronté aux douleurs, aux limitations fonctionnelles et par la suite aux difficultés financières, il s'était laissé prendre par un sentiment de révolte, comportement qui pouvait être jugé hâtivement comme une composante psychosomatique. La Dresse C. _____ a déclaré s'être rendu compte que l'assuré n'avait pas d'autres moyens d'exprimer son désarroi face aux diverses pertes directes ou indirectes de son accident, de sorte qu'il s'agissait de troubles de l'adaptation avec impossibilité de réadaptation d'un patient chez qui, sur le plan neuropsychologique, on avait pu démontrer également des troubles mnésiques.

Dans le rapport d'examen neuropsychologique du 27 janvier 2003 annexé au rapport médical de la Dresse C. _____ du 19 juillet 2005, la Prof. P. _____, médecin chef de la Division autonome de neuropsychologie du E. _____, posait les conclusions suivantes :

"Nous relevons des troubles mnésiques verbaux modérés en mémoire immédiate et antérograde, associés à un ralentissement aux épreuves de dénomination sous contrainte temporelle et d'inhibition d'une réponse prégnante. Par ailleurs, les fonctions logo-practo-gnosiques, exécutives et attentionnelles sont dans la norme. Les troubles mnésiques observés sont de nature à rendre difficile une réinsertion professionnelle."

Par avis médical du 20 février 2006, la Dresse G._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a indiqué que, dès lors que la Dresse C._____, médecin traitant de l'assuré, préconisait une incapacité totale de travail alors que l'autre médecin traitant de l'assuré, le Dr Z._____, attestait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, il convenait de confier un mandat d'expertise bi-disciplinaire à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI).

Dans le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 mai 2006, les Drs R._____, spécialiste en rhumatologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du COMAI de Nyon ont indiqué que, sur le plan psychique, l'assuré disait se sentir très mal parce qu'il ne voyait pas de résultat sur le plan médical. Il précisait ruminer beaucoup, se demandant ce qui allait se passer le lendemain et ne voyant pas de futur dans sa vie. Auparavant, il était dynamique. Il avait alors une mauvaise image de soi, peu de confiance, n'éprouvait aucun plaisir et n'avait que peu d'occupations dans la journée. Il attendait une rente et ne se voyait pas travailler. Les experts ont retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré :

- status après fracture du pilon tibial droit (1995);
- syndrome radiculaire irritatif L5 droit sur une hernie discale L4-L5 droit;
- lombalgies chroniques sur troubles de la posture (boiterie droite à cause des séquelles de la fracture du pilon tibial droit).

Les experts relevaient que lors de l'examen psychiatrique, la collaboration n'avait pas été optimale, la relation établie très fonctionnelle, l'assuré se montrant relativement désabusé. Il ne s'était jamais montré souriant. La compréhension de la langue française étant très insuffisante, l'examen s'était déroulé en présence d'une traductrice. L'observation n'avait mis en évidence que peu de signes dépressifs et plus d'inquiétudes que d'angoisses (argent, famille, maladie). Le discours était peu précis, il y avait de nombreuses questions à côté, mais le processus de pensée ne montrait rien qui laisserait suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement compensée. L'intelligence était faible, les capacités de jugement et de raisonnement apparaissaient comme nettement en dessous de la norme. Il n'y avait pas cliniquement de

troubles observés dans la sphère neuropsychologique, si ce n'étaient des troubles de la mémoire d'évocation. Selon les experts, la capacité de travail de l'assuré, en tant que maçon coffreur, était nulle. Par extension, sa capacité de travail était nulle dans toutes les activités obligeant l'assuré à se déplacer, porter des charges lourdes, se pencher en avant ou faire des mouvements de torsion ou d'inclinaison du rachis. Un travail de "type bureau" serait possible à 100 %, avec la possibilité de changer fréquemment de position. Dans leurs conclusions, les experts indiquaient que des mesures de réadaptation professionnelle étaient difficilement envisageables, l'assuré étant sans formation professionnelle et parlant très mal le français.

Dans l'avis SMR 14 juin 2006, la Dresse G. _____ relevait que l'expertise COMAI arrivait aux mêmes conclusions notamment que le rapport du SMR du 5 juillet 2001 et qu'en l'absence de toute motivation de l'assuré pour des mesures de réadaptation professionnelle et sa croyance qu'il ne pouvait rien faire, il convenait de faire une approche théorique de sa situation.

Par décision du 29 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, retenant un degré d'invalidité de 21 %.

Par arrêt du 25 novembre 2009 (cause AI 354/08 - 400/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud (ci-après : la Cour de céans) a admis le recours interjeté contre la décision du 29 mai 2008, a annulé celle-ci et a renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle instruction sur la réalisation de la condition d'aptitude subjective du recourant à une mesure de réadaptation, au motif que les éléments à ce sujet dataient de 2005 et 2006, n'étaient pas concluants et se fondaient sur un dossier incomplet vu l'attitude ultérieure exprimée par l'assuré, puis pour nouvelle décision. Selon la Cour de céans, il ne ressortait pas du dossier que l'OAI se soit entretenu avec l'assuré pour aborder la question de sa réinsertion professionnelle éventuelle, ni qu'il lui ait proposé une telle mesure.

C. L'OAI a repris l'instruction et mis en œuvre l'Orif (Office d'intégration et de formation professionnelle). Dans son rapport final du 24 septembre 2010, l'Orif a indiqué que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée, que les rendements mesurés étaient de l'ordre de 48 à 70 % et précisé que l'assuré mettait en doute qu'un patron accepte de l'engager avec ses limitations et ses douleurs. Le médecin-conseil de l'Orif, le Dr X._____, expliquait la baisse de rendement notamment par la faible motivation de l'assuré selon les travaux à accomplir.

Le 30 juin 2011, l'assuré a demandé une aide au placement. A ce sujet, un premier entretien entre l'OAI et l'assuré a eu lieu le 7 septembre 2011. L'OAI a retenu dans une note de cet entretien notamment ce qui suit:

"Actuellement au service social, ils ont sollicité notre assuré pour s'inscrire auprès de l'ORP [réd. Office régional de placement] (M. V._____) dans le cadre du RI [réd.: revenu d'insertion] Pro. Toutefois, le conseiller chargé du dossier a fait appel au médecin-conseil de l'ORP pour statuer si l'assuré est apte au travail. Le rendez-vous est prévu le 30 septembre prochain. M. V._____ nous communiquera le résultat de cette investigation dès que possible."

Par décision du 19 août 2011, reprenant la motivation d'un projet de décision du 10 juin 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Le 22 septembre 2011, l'OAI a rendu une décision identique à celle du 19 août 2011. Comme dans la décision annulée du 29 mai 2008, l'OAI a retenu une perte de gain de 11'970 fr. et un degré d'invalidité de 21 %.

L'assuré n'a pas déposé de recours contre ces décisions.

D. Un rapport adressé à l'ORP de Renens le 4 octobre 2011 par la Dresse K._____, médecin-conseil du Service de l'emploi, a relevé que l'assuré était en incapacité totale de travail dès cette date, probablement de longue durée, en remarquant :

"Partie à remplir par l'ORP:

(...)

But de la consultation chez le médecin conseil : (...)

(...) Le retour à l'économie primaire avec lequel on travaille me semble utopique vu l'état de santé de l'assuré (il ne peut pas marcher sans béquilles). J'ai le sentiment que le CSR m'envoie un cas dont ils ne savent plus quoi faire.

J'ai besoin de savoir si l'assuré peut travailler dans l'économie primaire, dans le cas contraire quelle mesure d'aide à la réinsertion peut-on lui octroyer, mis à part celles déjà précitées et quelles sont ses restrictions?

(...)

[réd.: réponse du médecin]

La personne s'est présentée à la consultation : oui

Estimation de la capacité de travail : incapacité totale dès maintenant

L'incapacité est probablement de longue durée.

Une demande AI a-t-elle été déposée ? oui en 2002 et 2004

Remarques : M. J. _____ présente des problèmes de santé interférant avec sa capacité de travail. Plusieurs demandes pour une rente AI et pour des mesures de reclassement professionnel auprès de l'AI ont été refusées. L'AI considère qu'il est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée et a proposé son aide à la réinsertion. Dans le cadre de l'AI et du service social, M. J. _____ a eu plusieurs mesures adaptées à ses problèmes de santé qui n'ont pas abouti. Dans ce contexte, je considère que M. J. _____ n'est pas capable de travailler sur le marché lucratif, ceci même que théoriquement on pourrait attendre une capacité de travail dans une activité adaptée.

Je propose de ne plus poursuivre des mesures actives dans cette situation."

L'ORP n'a apparemment pas communiqué ce rapport à l'OAI. C'est l'assuré qui le lui a transmis par courrier du 13 février 2012, alors que l'OAI lui avait demandé par écriture du 1^{er} février 2012 de lui faire parvenir 10 recherches d'emploi par mois depuis novembre 2011.

Par décision du 15 février 2012, l'OAI, se référant au courrier transmis le 13 février 2012, a informé l'assuré qu'il cessait ses démarches d'aide au placement.

E. Par lettre du 28 février 2012, l'assuré a demandé que son droit à une rente soit réexaminé au motif que son état de santé s'était encore péjoré et qu'il était au bénéfice d'un élément de preuve nouveau, c'est-à-dire du rapport de la Dresse K. _____ du 4 octobre 2011. Il a requis la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise.

Le 5 mars 2012, l'OAI lui a répondu qu'il considérait le courrier du 28 février 2012 comme une nouvelle demande au sens des art. 17 LPGA et 87 RAI et lui a imparti un délai pour produire tous documents et précisions établissant une modification de son état de santé.

Dans un rapport du 22 mars 2012 adressé à l'OAI, la Dresse C. _____ a constaté ce qui suit :

"Diagnostics :

- Douleurs et limitations fonctionnelles au membre inférieur droit d'origine multifactorielle :
 - Fracture comminutive du pilon tibial droit le 31.07.1995 traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse.
 - Status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse le 04.10.1996.
 - Arthrose secondaire de la cheville droite.
 - Atrophie musculaire du membre inférieur droit.
- Lombo-sciatalgies droites sur troubles statiques, troubles dégénératifs, hernie discale L4/L5 médiane et paramédiane droite et rétrolisthésis de L4 sur L5.
- Etat anxio-dépressif et troubles de l'adaptation.
- Troubles mnésiques modérés confirmés par examen neuropsychologique.
- Excès pondéral.
- Status après accident de voiture en 1985 avec traumatisme cranio-cérébral.
- Status après accident de voiture en 1994.
- Status après fracture de l'épaule et du bras droits sans séquelle (pas de date précisée).

Description de l'aggravation de l'état de santé :

Les douleurs au niveau de la cheville droite, ainsi que les sciatalgies, sont depuis plusieurs mois permanentes avec exacerbation aiguë à la marche ou en station debout prolongée. Très souvent le patient est également sujet de lumbagos.

S'y ajoutent des troubles du sommeil, une irritabilité et des troubles dysthymiques l'isolant socialement.

Le patient a un déconditionnement musculaire global et surtout au niveau du membre inférieur droit. Il ne peut pas se déplacer sans deux cannes. Faute de ces moyens auxiliaires, il y a des lâchages du membre inférieur droit, entraînant des chutes.

Incapacité de travail:

Cet assuré a une incapacité de travail de 100% dans son métier de maçon-manoeuvre sur les chantiers. La même incapacité de travail doit être considérée pour toute activité adaptée, même la plus légère possible (il ne peut pas marcher sans canne, ne peut pas rester assis longtemps, ne peut pas manipuler ou porter des poids, ne peut pas travailler en rotation du tronc, ne peut pas travailler en zone haute ou en zone basse).

Le pronostic est défavorable chez ce patient qui est désinséré professionnellement depuis 1995 et qui présente des affections de l'appareil locomoteur qui empêchent toute activité physique."

Dans un avis SMR du 26 mars 2012, le Dr W. _____ a considéré que le rapport de la Dresse C. _____ ne contenait pas d'élément médical nouveau et ne faisait que confirmer le déconditionnement et la désinsertion professionnelle de l'assuré. Le Dr W. _____ relevait pour le surplus que la Dresse C. _____ ne mentionnait que des limitations fonctionnelles déjà retenues depuis 2006 par le SMR, seule son estimation de la capacité de travail étant différente. Selon le SMR, il n'existait aucune raison de modifier l'exigibilité de 100 % dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 16 avril 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé se serait modifié depuis la décision du 22 septembre 2011, en précisant que ses limitations fonctionnelles avaient déjà été retenues depuis 2006 par le SMR. Dès lors, la capacité de travail et le taux d'invalidité n'avaient pas changé.

L'assuré a demandé le 24 avril 2012 une expertise neutre en se référant aux rapports des Dresses C. _____ du 22 mars 2012 et K. _____ du 4 octobre 2011.

Par décision du 22 juin 2012 reprenant la motivation du projet de décision du 16 avril 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

Le 12 juillet 2012, l'assuré a recouru contre cette dernière décision en concluant à la réforme en ce sens que l'OAI entre en matière sur sa demande de rente et mette en œuvre une nouvelle expertise. Il a relevé notamment qu'aucune expertise n'avait été faite depuis 2006, que son médecin confirmait une aggravation de son état de santé, que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient de faire un travail physique et que ses limites intellectuelles et fonctionnelles empêchaient une reconversion.

Par arrêt du 11 septembre 2013 (cause AI 160/12), la Cour de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle a estimé en substance qu'au vu de l'appréciation du médecin conseil de l'ORP dans son rapport du 4 octobre 2011 déclarant l'assuré inapte au travail, l'OAI aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré et en particulier, en coordonnant ses moyens d'investigation avec l'assurance-chômage, approfondir la question de la capacité de travail de l'intéressé sur le marché de l'emploi, plus particulièrement déterminer si ce dernier dispose encore de possibilités de gain sur un marché du travail équilibré.

F. L'OAI a repris l'instruction de la cause en requérant, le 16 octobre 2013, un rapport médical actualisé auprès de la Dresse C._____. Le 11 décembre 2013, cette dernière a répondu à cette demande en ces termes :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail?

- Douleurs et limitations fonctionnelles persistantes du MID post-fracture comminutive du pilon tibial droit en juillet 1995, traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse.
- Arthrose secondaire de la cheville droite.
- Insuffisance musculaire sur atrophie du MID.
- Lombo-sciatalgies droites sur troubles statiques, troubles dégénératifs de la colonne lombaire, hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite et rétrolisthésis de L4 sur L5.
- Etat anxio-dépressif et troubles de l'adaptation.
- Troubles mnésiques modérés confirmés par examen neuropsychologique - accident de la voie publique en 1985 [réd. : recte 1995] avec traumatisme crânio-cérébral.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport?

Il s'agit d'un état stationnaire depuis mon rapport du 22.03.2012. Ce patient a des douleurs permanentes appréciées à 6/10 sur une échelle visuelle analogique dans le MID et la région lombaire. Il se déplace avec deux cannes anglaises et sans canne il présente une importante boiterie du MID.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand?

En tant que maçon, ce patient est inapte à travailler à 100% depuis son accident en 1995.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée? Depuis quand?

Pour ce patient, se déplaçant avec deux cannes anglaises et qui a des douleurs et une insuffisance musculaire importante au niveau du MID, une activité adaptée est synonyme d'une activité sédentaire, dans laquelle il est assis. Il faut tenir compte que les déplacements du domicile au travail restent très laborieux pour une personne avec deux cannes et qui ne peut pas conduire une voiture du fait que ses limitations se trouvent au MID. Cela pose des restrictions majeures qui m'obligent à conclure que Monsieur J._____ n'est pas capable de travailler sur le marché lucratif. Cette affirmation se base aussi sur le fait que les années précédentes cet assuré a échoué à plusieurs mesures d'aide à la réinsertion. Ses capacités d'adaptation physique et intellectuelle sont très restreintes surtout après un arrêt de travail qui date de 18 ans.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical?

Les déplacements sont très limités et uniquement avec deux cannes anglaises. La station debout est d'au maximum 15 minutes. En position assise, il doit se lever après au maximum 1 heure faute de quoi les douleurs lombaires et dans la jambe deviennent très importantes. L'assuré ne peut pas porter ou manipuler des poids, même minimales (dépendant de 2 cannes). Il ne peut pas monter et

descendre les escaliers sauf quelques marches. Il ne peut pas travailler en zone haute. Il ne peut pas monter sur une échelle.

6. Quels sont les dates et les taux précis des arrête de travail?

100% depuis 1995 à définitivement.

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers?

L'état de santé de Monsieur J. _____ est stable depuis plusieurs années et nous avons renoncé à tout traitement médicamenteux ou physique vu qu'il n'y a plus aucun espoir qu'il puisse améliorer ses capacités physiques ou sa qualité de vie. Durant la période où il était sous traitement médicamenteux ou physique, je n'ai jamais constaté un manque de compliance."

Dans un avis SMR du 8 janvier 2014, le Dr W. _____ a relevé ce qui suit :

"Par jugement du 11.09.2013, le TCA a admis que l'assuré avait rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé en produisant la déclaration d'inaptitude au placement de la Dresse K. _____ (GED 23.05.2012).

Des renseignements médicaux actualisés ont été demandés à la Dresse C. _____, qui a répondu le 11.12.2013. Les diagnostics n'ont pas changé; l'état de santé est décrit comme stabilisé depuis plusieurs années, et la Dresse C. _____ estime toujours que même s'il existe théoriquement une CT dans une activité sédentaire essentiellement assise, la CT est pour elle nulle sur le marché du travail, dans la mesure où l'assuré a de grandes difficultés à se déplacer, qu'il ne travaille plus depuis 18 ans, que les essais de réinsertion ont échoué et que les capacités adaptatives de l'assuré sont très restreintes.

Il n'y a donc pas de modification de l'état de santé depuis la décision du 22.09.2011, mais une estimation de la CT dans une activité adaptée sur le marché du travail qui diffère entre l'AI et la Dresse C. _____ et la Dresse K. _____.

Pour le SMR, la CT est toujours de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport SMR du 14.06.2006."

Par projet de décision du 10 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré en indiquant que les renseignements médicaux actualisés faisaient état d'un diagnostic identique au précédent et d'une stabilisation de son état de santé. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré demeurerait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 5 kg ni de marche sur un sol non-plat, évitant les flexions du tronc) et que le préjudice économique calculé en 2011 (20.69 %) ne subissait pas de

modification suffisante permettant de revoir le droit aux prestations de l'AI.

Le 22 janvier 2014, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité. Dans le délai fixé pour compléter son opposition, le 4 mars 2014, le recourant a notamment observé que l'OAI s'était contenté de soumettre à nouveau la question à son médecin conseil, mais n'avait pas examiné sa capacité de travail sur le marché du travail en coordination avec l'assurance-chômage, se contentant d'estimer que la situation n'avait pas évolué. Il a requis qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre, en coordination avec l'assurance-chômage, en relevant que la dernière datait de 2006. A ce courrier était jointe une lettre du 27 février précédent de la Dresse C._____ à l'attention du CSR rédigée en ces termes :

"Suite au récent courrier de l'Office de l'Assurance Invalidité pour le Canton de Vaud, qui refuse d'accorder des prestations à mon patient susnommé, je vous transmets quelques éléments nouveaux.

Le cas de Monsieur J._____ n'a jamais été considéré dans sa globalité par les divers experts, qui continuent de "sectoriser" les souffrances physiques des souffrances psychologiques. En plus, ils ne prennent pas en considération le manque de formation professionnelle et ses faibles ressources intellectuelles. C'est ainsi que dans l'expertise bidisciplinaire du 05.05.2006, on arrive à la conclusion erronée "qu'un travail de type bureau serait possible à 100% avec la possibilité de changer fréquemment de position". Depuis de très nombreuses années, il y a toujours cette confrontation concernant les mesures de réadaptation chez un patient pour qui on a admis son incapacité totale de travail dans son ancien métier. On a admis aussi qu'il est inapte à toute mesure de réadaptation (voir rapport de la Dresse K._____, médecin conseil des Autorités du Chômage). Toutefois, l'Office AI refuse toute entrée en matière sans avoir des éléments concrets actuels, se basant toujours sur les anciens rapports.

En tant que médecin traitant, j'ai toujours considéré que Monsieur J._____ n'est pas en état de travailler, même dans une activité très légère, et cela depuis des années. A mes yeux, son état de santé est très mauvais depuis son accident, sans réponse favorable aux divers traitements et dès le début son cas a été mal perçu et mal interprété par les experts de l'AI.

A ce jour, Monsieur J._____ souffre de douleurs cervicales (apparues depuis 3-4 ans), de douleurs lombaires et de sciatalgies droites, ainsi que de douleurs à la cheville droite. Depuis, plus récemment, il a aussi des sciatalgies gauches. Ses douleurs sont appréciées à 8/10 sur une échelle visuelle analogique, douleurs ressenties également la nuit, le réveillant après 3-4 heures de sommeil. Les limitations fonctionnelles sont multiples, Monsieur J._____ ne pouvant pas rester assis ou debout au-delà de 30 minutes, ne pouvant pas marcher au-delà de 200 mètres, ne

pouvant pas porter ou manipuler du poids (par ailleurs, il se déplace avec deux cannes), ni travailler avec les bras au-dessus de la tête. Le score d'Eiffel est de 17/24 et le score Oswestry de 60% (il s'agit d'auto-évaluations qui montrent la répercussion de la douleur sur les capacités fonctionnelles, scores qui, dans ce cas précis, sont pathologiques : à partir de 40% pour le score Oswestry, on peut considérer un pronostic très défavorable).

Notons aussi que Monsieur J. _____ n'a plus aucune vie sociale et que la nouvelle décision de l'AI a réactivé un état dépressif.

Examen clinique :

Etat général conservé. Le patient se déshabille seul, mais il s'assoie pour enlever les habits du bas du corps et s'appuie sur les accoudoirs d'une chaise pour se relever.

Poids : 75 kg. Taille : 164 cm. TA : 140/95. Pouls : 92/min., régulier.

Il se déplace avec une importante boiterie d'appui à droite avec abduction du MID et non-déroulement du pas. Il n'arrive pas à se mettre sur la pointe des pieds ni sur les talons. Station unipodale droite impossible.

Position statique immobile, décharge du MID. Schober lombaire : 12/13 cm. DDS : 50 cm. Extension très douloureuse. Flexions latérales limitées ddc.

Examen en décubitus : Manoeuvre de Lasègue négative, mais hypoextensibilité des ischio-jambiers avec manoeuvre des jambes tendues arrêtée à 70° ddc. Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. Troubles de la sensibilité. Hypoesthésie sur la face interne de la cheville et du pied droit. Défaut d'extension et de flexion de la cheville droite dès 5° par rapport à gauche. Déficit global de la force musculaire au niveau du MID.

Nous constatons des signes de surcharge émotionnelle avec un malaise durant l'examen du 24 fév. 2014.

Sur le plan psychologique, Monsieur J. _____ est révolté et vraisemblablement il n'a aucune capacité d'analyse pour tout ce qui lui arrive.

Le bilan radiologique d'aujourd'hui montre, en dehors de l'arthrose de la cheville droite connue, une aggravation des discopathies L4/L5 et L5/S1, ainsi que l'apparition d'une cervicarthrose.

Conclusions :

On peut conclure qu'il y a de légers signes d'aggravation sur le plan radiologique et que sur le plan clinique, sa situation et ses limitations fonctionnelles étaient déjà assez sévères depuis des années. Pour convaincre l'Office Régional de l'AI des incompétences de ce patient pour un reclassement professionnel, il faudra certainement recourir à une nouvelle expertise ostéo-articulaire avec complément par évaluation des capacités fonctionnelles. Une telle évaluation pourrait être demandée à la Clinique de la SUVA à Sion pour autant bien sûr que l'Office AI rentre en matière en acceptant cette proposition."

Un avis juriste OAI du 20 mars 2014 indique notamment ce qui

suit :

"Dans son jugement du 11.09.2013, le TCA indique que la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente du 19 août/22 septembre 2011.

Le TCA a estimé que le rapport médical du Dr K. _____ daté du 04.10.2011 rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le refus du 22 août/22 septembre 2011 [réd. : recte : 19 août/22 septembre 2011] si bien que l'OAI devait entrer en matière sur la demande du 28.02.2012.

Le refus d'entrer en matière du 22.06.2012 a donc été annulé par le TCA avec renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande du 28.02.2012.

Le TCA ajoute que la divergence entre l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage au sujet de la capacité de travail de l'assuré sur le marché du travail provient du fait que ces assurances ne se sont pas consultées et n'ont pas coordonné leur approche de la situation.

Suite au renvoi du dossier, nous avons réinterrogé le Dr C. _____ (donc nous sommes entrés en matière comme le tribunal nous l'a demandé) pour connaître l'évolution de la situation et avons estimé que l'état de santé de l'assuré était toujours le même, raison pour laquelle nous avons établi un projet de décision de refus de prestation en date du 10.01.2014.

Contestation de ce projet au motif que l'OAI ne s'est pas coordonné avec l'assurance- chômage avant de statuer à nouveau.

Après examen du dossier, je suis d'avis que nous pouvons maintenir notre position.

Dans la mesure où le TCA indique que la procédure porte sur le seul point de savoir si l'OAI aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande, je suis [d'avis] que si nous disposons de suffisamment d'éléments au dossier pour expliquer de manière motivée et convaincante pourquoi nous ne suivons pas la position du chômage, il n'y a pas lieu de contacter l'assurance-chômage.

Selon l'avis médical du SMR du 08.01.2014, l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis le 22.09.2011. Je tiens cet avis pour probant dans la mesure où il se base sur des renseignements récents du MT de l'assuré.

Partant de ce constat, les conclusions du rapport de réadaptation du 12.10.2010 sont toujours valables.

Pour rappel, nous avons fait un stage au COPAI en 2010. Les faibles rendements observés n'avaient pas de lien avec l'atteinte à la santé (voir avis SMR du 01.10.2010). L'assuré pouvait exercer des activités non qualifiées simples et répétitives à 100%. Nous avons conclu que des MOP ne pouvaient pas diminuer le préjudice économique.

Je suis d'avis que le rapport du Dr K. _____ du 04.10.2011 n'est pas de nature à remettre valablement en question notre appréciation de la situation.

Ce médecin confirme une pleine capacité de travail sur le plan théorique mais estime que l'assuré n'est plus capable de travailler puisque toutes les mesures visant la réintégration de l'assuré sur le marché de l'emploi ont échoué. Il écrit que ces mesures "étaient adaptées à ses problèmes de santé".

Le chômage conclut manifestement à l'incapacité de l'assuré à travailler sur le marché économique puisque même cela n'a pas fonctionné même dans des activités adaptées.

Or, l'instruction AI a permis de mettre en évidence des facteurs extra-médicaux qui expliquent l'échec des tentatives de réinsertion dans l'économie. Voir à ce sujet le rapport du Dr X. _____ daté du 13.09.2010 (en ged à la date du 24.09.2010) qui explique que les rendements observés sont "tirés vers le bas" par de nombreuses

interruptions pour des pauses-cigarettes ou des promenades qui illustrent la faible motivation de l'assuré. Ce médecin estime que pour atteindre des rendements de 100% il faudrait que l'assuré se montre plus motivé que lors du stage.

Remarques : le rapport du Dr C. _____ adressé au CSR n'apporte pas d'élément nouveau.

Au vu de ce qui précède, merci au gestionnaire de rendre une décision conforme au projet de décision du 14.01.2014 en joignant le courrier que j'ai préparé."

Le 21 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 janvier 2014 de refus de prestations, concluant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée et à un préjudice économique de 21 %. Dans la lettre de motivation accompagnant la décision formelle, il a repris l'argumentation développée dans l'avis juriste du 20 mars précédent.

G. Par acte du 27 mars 2014, J. _____ a recouru devant la Cour de céans contre la décision de l'OAI du 21 mars précédent. Il conclut implicitement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une pleine rente d'invalidité et requiert la mise en œuvre par le tribunal d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire aux fins de déterminer sa capacité de travail sur les plans physique et intellectuel. En substance, le recourant reproche à l'OAI de ne pas s'être conformé à l'arrêt précédent de la Cour de céans l'enjoignant à se concerter avec l'assurance-chômage et à coordonner leurs moyens d'investigation aux fins de déterminer s'il dispose encore d'une capacité de travail sur le marché du travail. Il se plaint plus particulièrement du fait que la dernière expertise médicale date de 2006 et de ce que l'intimé n'a pas tenu compte du dernier rapport médical de la Dresse C. _____ du 27 mars [recte : 27 février] 2014 qui fait état, sur la base de radiographies récentes, d'une aggravation de son état de santé (apparition de sciatalgies gauches et d'une cervicarthrose, aggravation des discopathies). Le recourant a également requis l'exonération de l'avance des frais de justice.

Le 1^{er} mai 2014, le recourant a précisé qu'il demandait l'exonération du paiement des frais de justice en raison de son indigence. Il a produit des pièces.

Par réponse du 13 mai 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il fait valoir en substance que la déclaration d'inaptitude au placement du recourant par les autorités de la LACI s'explique en ce sens que cette notion relève non seulement d'une composante de capacité, mais également d'une composante de volonté, et que, du point de vue de la LAI, les questions liées à la motivation peuvent certes faire obstacle à la bonne exécution de mesures de réadaptation, "comme il semble avoir été le cas en l'espèce", mais ne sauraient justifier pour elles-mêmes la reconnaissance d'une invalidité. L'intimé fait également valoir que le rapport médical du médecin traitant du recourant du 11 décembre 2013 décrit une situation stabilisée depuis plusieurs années (soit antérieurement à la décision entrée en force de refus de rente du 22 septembre 2011) et admet, du strict point de vue médical, une capacité de travail dans une activité assise. Il relève que si, au final, la Dresse C._____ conclut à une incapacité de travail en toute activité, ce n'est qu'en raison de difficultés liées au déplacement au lieu de travail. Enfin, se référant au rapport médical de la Dresse C._____ du 27 février 2014, il relève que celui-ci a été établi à la demande du recourant suite à la notification du projet de décision du 14 janvier 2014 et indique que, si elle évoque des sciatalgies gauches ressenties récemment, les limitations fonctionnelles décrites restent toutefois superposables à celles qui l'ont été précédemment, de sorte que dit rapport n'est pas susceptible de modifier son appréciation.

Par décision du 23 mai 2014, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} mai 2014 (exonération d'avances et des frais judiciaires) et l'a astreint à payer une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1^{er} juillet 2014 jusqu'à hauteur de 400 fr. (quatre mensualités).

Dans sa réplique du 3 juin 2014, le recourant confirme ses conclusions et les griefs soulevés dans l'acte de recours.

Dans sa duplique du 17 juin 2014, l'intimé indique n'avoir rien à ajouter à ce qu'il a exposé dans son préavis du 13 mai 2014.

Invité à éventuellement se déterminer sur la duplique, le recourant ne s'est plus prononcé.

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) En l'espèce, le recours a été déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) devant l'autorité judiciaire compétente. Il satisfait en outre aux autres conditions légales de forme (art. 61 let. b LPGA) et est donc recevable.

2. a) Est litigieux en l'occurrence le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite du dépôt, le 28 février 2012, d'une nouvelle

demande de prestations du recourant et à l'arrêt de la Cour de céans du 11 septembre 2013 annulant la décision de non entrée en matière de l'intimé du 22 juin 2012 et l'invitant à compléter l'instruction en coordonnant ses investigations médicales avec l'assurance-chômage avant de rendre une nouvelle décision. Par décision du 21 mars 2014, l'OAI est certes entré en matière sur la nouvelle demande de prestations mais l'a rejetée en considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis sa décision du 19 août, respectivement du 22 septembre 2011. Pour ce faire, il s'est fondé sur l'avis SMR du 8 janvier 2014 qui, se référant au rapport médical du médecin traitant du recourant du 11 décembre 2013, a considéré qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé depuis la décision du 22 septembre 2011 mais une appréciation différente de la capacité de travail entre l'AI, la Dresse C. _____ et le médecin conseil de l'assurance-chômage. L'intimé s'est également référé à l'avis juriste du 20 mars 2014 selon lequel, dans la mesure où l'OAI avait suffisamment d'éléments au dossier pour expliquer de manière motivée et convaincante pourquoi il ne suivait pas la position du chômage, il n'avait pas à contacter cette assurance avant de rendre une décision négative, l'avis SMR du 8 janvier 2014 ayant pleine valeur probante.

b) D'emblée, il faut constater que l'intimé ne s'est pas conformé aux directives relatives aux mesures d'instruction complémentaire exigées par la Cour de céans dans son arrêt du 11 septembre 2013, puisque, contrairement à ce qui était expressément demandé au considérant 5 de l'arrêt en question en relation avec la question de la coordination entre l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage (cf. consid. 4 et 5 de l'arrêt de la Cour de céans du 11 septembre 2013 ad art. 15 OACI [ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité; RS 837.02]), il n'a pas consulté les instances de l'assurance-chômage, ni le médecin conseil de celles-ci, la Dresse K. _____, afin de coordonner leurs approches de la situation du recourant et plus particulièrement leurs moyens d'investigation pour déterminer si l'intéressé dispose encore d'une capacité de travail sur le marché du travail. Or, comme déjà rappelé dans l'arrêt de la Cour de céans du 11

septembre 2013, l'aptitude au placement selon l'art. 15 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité; RS 837.0) suppose notamment que l'intéressé est en mesure d'accepter un travail convenable. L'handicapé physique ou mental est réputé apte à être placé lorsque, compte tenu de son infirmité et dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché de l'emploi, un travail convenable pourrait lui être procuré sur ce marché. Le Conseil fédéral a réglé la coordination avec l'assurance-invalidité (art. 15 al. 2 LACI; cf. aussi Rubin, Commentaire LACI, 2014, n. 63 ss et 75 ss ad art. 15 LACI; cf. aussi art. 15 OACI et art. 59 al. 4 LACI et le Bulletin LACI IC ch. B 248 ss).

La capacité de gain selon l'art. 7 LPGA, comme élément pour évaluer l'invalidité au sens de l'art. 8 LPGA, suppose des possibilités de gain sur un marché du travail équilibré. Il se recoupe ainsi avec l'art. 15 LACI.

Or, contrairement aux instructions que la Cour de céans avait données à l'OAI dans son précédent arrêt, l'intimé n'a pas concerté ni même approché les instances du chômage afin de déterminer si, actuellement, l'assuré avait des possibilités de gain sur un marché du travail équilibré. Il n'a pas instruit cette question, se conformant à l'avis juriste du 20 mars 2014 qui a substitué sa propre interprétation à celle du tribunal. Cette façon de procéder n'est pas conforme et constitue un motif d'admission du recours. Au demeurant, dit recours doit également être admis pour les motifs développés dans les considérants ci-après.

3. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain

toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

4. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

b) Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108; 130 V 75, consid. 3.2). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 8 janvier 2004 consid. 2).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et

fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 (cf. ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

6. a) Le présent recours est dirigé contre la décision de l'OAI du 21 mars 2014 niant le droit du recourant à une rente. Cette décision fait suite

à la troisième demande de prestations d'invalidité déposée le 28 février 2012 par l'assuré. Cela étant, pour déterminer s'il y a eu péjoration de l'état de santé du recourant avec effet sur sa capacité de travail modifiant le degré d'invalidité, il faut comparer la situation médicale actuelle avec celle prévalant au moment où l'OAI a rendu sa dernière décision relative à l'octroi d'une rente, soit celle du 19 août/22 septembre 2011.

b) Dans le cas d'espèce, si on se réfère à l'avis médical exprimé par la Dresse C. _____ dans la lettre qu'elle a adressée au CSR le 27 février 2014, force est de constater que ce médecin fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient sur les plans radiologique et clinique, puisque le bilan radiologique du 27 février 2014 montrait, en dehors de l'arthrose à la cheville droite connue, une aggravation des discopathies L4/L5 et L5/S1, ainsi que l'apparition d'une cervicarthrose. Or, non seulement l'OAI n'a pas tenu compte de ces éléments médicaux objectifs, n'a pas instruit cette question en mettant par exemple en œuvre un examen clinique orthopédique et neurologique, voire une expertise pour déterminer les effets de cette dégradation de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail, mais il n'a pas même soumis cet avis médical au SMR. Il a immédiatement rendu une décision niant le droit du recourant à une rente. Certes, l'intimé remarque dans sa réponse au recours que les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse C. _____ restaient superposables à celles qu'elle avait précédemment retenues. Cependant, ce médecin avait déjà conclu à une incapacité de travail totale indépendamment de l'aggravation constatée, tandis que l'intimé avait auparavant admis une capacité de travail entière. Ainsi, l'intimé devait faire apprécier par une instance médicale ce qu'il en était des aggravations décrites par la Dresse C. _____ et quelles répercussions elles avaient sur la capacité de travail.

c) Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il ne saurait être question en l'état de statuer sur la capacité de travail exigible de l'assuré, pas plus que sur son degré d'invalidité, un complément d'instruction devant être mené à bien au préalable.

d) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 (cf. 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. 3.2). Si elle estime que 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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le

tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

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, 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; 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).

En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant de dissiper les doutes consécutifs à l'avis médical de la Dresse C._____ du 27 février 2014, en exigeant qu'il soit procédé à un nouvel examen clinique de l'assuré afin de clarifier la capacité de travail exigible et de motiver une modification éventuellement avérée de l'exigibilité entre août/septembre 2011 et mars 2014.

Un renvoi de la cause à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant, ce d'autant plus que l'OAI devra encore, une fois la situation médicale éclaircie, se concerter avec les instances de l'assurance chômage au sujet de la possibilité de gain sur un marché du travail équilibré.

L'OAI se devra en conséquence d'organiser un nouvel examen clinique de l'assuré, notamment sur le plan orthopédique, afin de déterminer sa capacité de travail effective et le type d'activités exigibles, lequel pourra également comprendre des investigations destinées à vérifier l'aggravation alléguée de sa situation. Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, il apparaît opportun d'impliquer un expert orthopédique indépendant du SMR.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 21 mars 2014 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations du recourant.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, débouté. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens au recourant dès lors que celui-ci a agi sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision du 21 mars 2014 est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- J. _____, à Renens,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :