

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2015

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 28 al. 1 let. b LAI ; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré), né en 1983, a déposé le 24 octobre 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente. Selon la note manuscrite de son médecin traitant, le Dr R._____, inscrite sur le formulaire de demande, l'assuré souffrait d'une fibromyalgie pour laquelle il était suivi depuis août 2006. Il apparaissait également que l'assuré avait interrompu, après une année, un apprentissage de peintre en bâtiment débuté en août 1999, et avait bénéficié pendant deux ans, dès octobre 2000, de prestations de l'assurance-chômage.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, un rapport complété par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a été adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le Dr D._____ avait suivi l'assuré en 2005. Dans son rapport du 17 novembre 2006, il posait le diagnostic affectant la capacité de travail de syndrome douloureux type fibromyalgie, existant depuis 2003. Il indiquait qu'à sa connaissance, l'assuré n'exerçait pas d'activité, qu'il ne pouvait cependant fonctionner comme peintre en bâtiment et ce depuis 2004, mais qu'une activité de bureau ou de surveillance était raisonnablement exigible.

Dans un rapport du 25 juin 2007, le Dr R._____ a précisé que la fibromyalgie avait été diagnostiquée en 2004 mais que les douleurs étaient présentes avant l'adolescence et niées par l'entourage. Selon lui, il ne pouvait être exigé de l'assuré l'exercice d'une activité professionnelle.

Un examen clinique rhumato-psychiatrique a été effectué en octobre 2007 au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Les diagnostics de fibromyalgie, de déconditionnement musculaire et global ainsi que de status post-fracture du poignet droit en 1995 et status post-fracture de la clavicule droite en 1994 ont été retenus comme sans répercussion sur la capacité de travail ; aucun diagnostic

affectant la capacité de travail n'a été posé. Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie invalidante et sa capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité. Sur le plan somatique, il présentait un déconditionnement musculaire et global important, lié à l'inactivité physique en raison des douleurs articulaires et musculaires de sa fibromyalgie. Ce déconditionnement contre-indiquait tous travaux lourds, également l'activité de peintre en bâtiment ; il était cependant réversible et un reconditionnement ciblé, notamment musculaire, était susceptible d'augmenter la tolérance à l'effort et donc la capacité de travail. Ainsi, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques depuis 2004, une capacité de travail nulle étant reconnue pour tous travaux lourds, ainsi que dans l'activité habituelle.

Par préavis (projet de décision) du 9 janvier 2008, confirmé par décision du 17 mars 2008, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il n'avait pas droit à des prestations en l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 17 mars 2008 est entrée en force.

B. X._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 novembre 2011, mentionnant quant au genre de l'atteinte des douleurs au bas du dos existant depuis mai 2011, dans le contexte d'un accident de travail. Il indiquait travailler à 100% depuis le 1^{er} février 2011 comme ouvrier polyvalent auprès de V._____ SA.

L'assuré a adressé à l'OAI un rapport rédigé le 6 décembre 2011 par le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie. Le Dr H._____ posait les diagnostics de lombalgies basses et para-lombosacrées droites de caractère musculaire dysfonctionnel et probable discopathie lombosacrée, d'état après effort de traction en soulèvement d'une charge lourde le 10 mai 2011, responsable du déclenchement des lombalgies aiguës, de dysthymie consécutive aux lombalgies chroniques et de status

post-fracture de la clavicule droite en 1994. Il mentionnait la prescription d'une médication myorelaxante, le suivi des traitements de physiothérapie et une demande d'intégration dans un groupe de réhabilitation fonctionnelle du rachis à l'hôpital orthopédique pour permettre la mise en œuvre de thérapies physiques intensives de reconditionnement du dos. Il ajoutait que des mesures de réintégration professionnelle étaient à envisager en parallèle, notamment dans le sens d'une formation pour trouver un travail adapté - magasinier par exemple -, afin de permettre l'alternance des positions assise, debout et la marche, et éviter, après amélioration symptomatique et fonctionnelle escomptée, le risque de récurrence des lombalgies. Le Dr H. _____ attestait une incapacité de travail totale du 5 au 31 décembre 2011, aux fins de permettre la mise en œuvre des traitements dans les meilleures conditions.

L'assuré a également remis à l'OAI un rapport du Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rédigé le 12 janvier 2012. Le Dr P. _____ voyait l'assuré à sa consultation depuis juillet 2009, à un rythme hebdomadaire, dans le contexte d'un trouble douloureux chronique et d'un trouble dépressif récurrent. Il indiquait que le retour à la vie active avait été « l'antidépresseur » le plus efficace, ce qui avait permis à l'assuré de sortir de chez lui, de se socialiser et surtout de reprendre confiance en ses capacités. Cependant, il présentait des douleurs fortement invalidantes et eu égard à l'observation faite lors de son expérience professionnelle, il ne semblait pas être apte à travailler à plus de 50% dans un poste adapté à ses difficultés physiques. Le Dr P. _____ préconisait une réadaptation professionnelle pour évaluer les capacités de son patient et pouvoir le réorienter, mais « à priori pas plus qu'un 50% », soulignant qu'à défaut, il était à craindre que l'intéressé sombre à nouveau dans un état dépressif sévère, avec anéantissement de tous les progrès effectués ces dernières années et incapacité définitive à se réinsérer.

Dans un rapport du 22 février 2012, en référence à la dernière consultation du 28 janvier 2012, le Dr J. _____, chef de clinique au Département [...], a posé les diagnostics de lombalgies chroniques

associées à des sciatalgies droites intermittentes dans le contexte d'un déconditionnement physique et des troubles statiques, de dysthymie et de probable trouble anxieux. Dans l'anamnèse médicale, il écrivait ce qui suit :

« Ce patient a donc présenté une violente douleur le 10.05.2011 dans le cadre de son travail, où il manipulait une feuille d'inox de 4 mm d'épaisseur et de 790 mm de diamètre. Malheureusement la pièce était un peu mal posée dans une rouleuses et voulant la mobiliser, il a ressenti une violente douleur lombaire basse qui l'empêche de continuer de travailler. Il rentre à domicile et essaie de l'automédication. Il va un peu mieux le lendemain. Il retourne au travail, mais dès quelques heures, il ressent à nouveau des douleurs, l'amenant à consulter le médecin traitant. Ce dernier fait effectuer une IRM qui aurait été normale selon le patient. De la physiothérapie est faite, ce qui permet de l'aider un tout petit peu, mais n'apporte pas un grand changement. Depuis il fait de la physiothérapie de stabilisation avec un physiothérapeute qui parle d'une micro-instabilité lombaire basse. La situation rechute au mois d'août. C'est dans ce contexte que le patient nous est adressé par son médecin traitant. »

Les restrictions physiques se traduisaient par des postures statiques assis/debout limitées à 20-30 minutes et le port de charges à 10 kg sol-taille. Le patient était dans l'impossibilité de travailler dans son activité habituelle, et ce depuis mai 2011, avec toutefois une capacité de travail de 50% reconnue en octobre et novembre 2011. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, pouvait être attendue dans les trois à six mois. Le Dr J. _____ mentionnait que le patient présentait des lombo-pyrgialgies avec une certaine kinésiophobie et des raideurs, sans irritation claire, et préconisait un traitement physiothérapeutique intensif en unité stationnaire dès avril 2012, en l'absence de place disponible jusque là.

L'assuré a été licencié au 31 janvier 2012. Dans le questionnaire pour l'employeur établi le 3 avril 2012, la société V. _____ SA a annoncé un salaire mensuel de l'assuré se chiffrant à 4'400 fr. dès février 2011 ; l'assuré aurait perçu un salaire de 4'600 fr. dès le 1^{er} février 2012.

Après examen des pièces médicales au dossier, le SMR, par le biais du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était modifié par rapport à 2007. Dans son avis du 8 juin 2012, il relevait que la fibromyalgie n'était pas signalée, qu'il s'agissait de lombalgies et d'épisode dépressif associé et que la capacité de travail dans une activité adaptée (pas de positions statiques assis/debout prolongées, porte-à-faux du rachis, port de charges au-delà de 10 à 15 kg) était au minimum de 50%, étant précisé que la dernière activité ne semblait pas adaptée.

Par communication du 3 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré de son droit à des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle. Il prenait en charge les frais pour une mesure d'orientation auprès d'U._____ SA dès le 19 juin 2012, pour une durée de trois mois.

A la demande de l'OAI, le Dr J._____ a établi un nouveau rapport médical le 13 août 2012, se basant sur la dernière consultation du 4 mai 2012. Il posait les diagnostics affectant la capacité de travail de lombalgies chroniques associées à des sciatalgies droites, de déconditionnement physique, de troubles statiques et de dysfonction de la charnière dorsolombaire. S'agissant des restrictions physiques, la position assise devait être limitée à 25-30 minutes, le port de charges de manière fréquente sol-taille à 10 kg, occasionnellement à 15 kg, et le port de charges taille-tête à 7,5 kg. Le Dr J._____ attestait que l'assuré pouvait fonctionner à un taux normal dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 10 octobre 2012, le Dr P._____ a posé les diagnostics de trouble douloureux chronique, de trouble dépressif récurrent et de status post-accident de travail du 10 mai 2011. Le psychiatre traitant constatait notamment une baisse de la thymie, avec une anédonie, une aboulie, des ruminations par rapport à l'avenir professionnel, une forte tendance à l'isolement, de gros problèmes d'endormissement et l'absence d'idéation suicidaire. Le pronostic au niveau psychique était favorable pour autant que l'assuré puisse trouver

un emploi adapté à ses difficultés de dos, étant précisé qu'il n'y avait pas de restrictions psychiques, les troubles psychologiques étant liés à l'absence d'une activité professionnelle adaptée. Dans l'annexe au rapport psychiatrique, le Dr P._____ mentionnait qu'une activité professionnelle était possible à plein temps.

Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr N._____ a rédigé un rapport SMR le 23 octobre 2012. Il retenait comme atteintes principales à la santé des lombalgies chroniques et sciatalgies droites intermittentes dans le contexte de déconditionnement physique et de troubles statiques du rachis ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. Se référant aux rapports médicaux du Dr J._____ et aux dates des consultations qui les ont précédés, le Dr N._____ reconnaissait à l'assuré une capacité de travail de 50% dès le 28 janvier 2012, et de 100% dès le 4 mai 2012 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (positions statiques assis/debout prolongées, porte-à-faux du rachis, port de charges au-delà de 10 à 15 kg) ; l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle.

En novembre 2012, une aide au placement a été accordée à l'assuré. En parallèle, il a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage.

En février 2013, l'assuré a été engagé en qualité d'employé d'exploitation/magasinier auxiliaire par la société K._____ SA, pour un taux d'activité de 100%. Le contrat de durée déterminée a laissé place à un contrat de durée indéterminée dès le 1^{er} mai 2013, l'assuré ayant donné satisfaction à l'entreprise. Le salaire mensuel brut était fixé à 4'500 fr., servi treize fois l'an.

C. Le 8 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Le projet était libellé comme suit :

« Résultat de nos constatations

Vous avez déposé une demande de prestations AI le 17 novembre 2011.

Selon les renseignements en notre possession, vous avez été en incapacité de travail dès le 11 mai 2011. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Après analyse de votre situation, nous avons relevé que vous présentiez une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'employé polyvalent auprès de l'entreprise « V. _____ SA » à [...].

Par contre, vous conservez une capacité de travail de 100%, dès le mois de mai 2012, dans toute activité professionnelle qui respecte vos limitations fonctionnelles.

Nous vous avons donc octroyé une aide au placement ; cependant, notre aide n'a finalement pas été nécessaire étant donné que vous avez rapidement trouvé un emploi et que vous avez été engagé dès le 1^{er} mai 2013 auprès de la société « K. _____ SA » pour un gain annuel de CHF 58'500.-. Notre intervention ne se justifie donc plus.

Sans atteinte à la santé, votre salaire annuel en 2013 se serait élevé à CHF 59'800.-.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 59'800.00		
avec invalidité	CHF 58'500.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	1'300.00	= un degré d'invalidité de 2,2%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Selon une note d'entretien téléphonique du 18 novembre 2013, l'assuré a mentionné avoir été licencié par la société K. _____ SA en raison de nouveaux problèmes de santé et être en incapacité de travail depuis deux mois pour des douleurs aux épaules. Il lui a été indiqué qu'il devait contester le projet de décision et apporter les éléments médicaux permettant à l'OAI de revoir sa position.

L'assuré s'est opposé au projet de refus de rente d'invalidité par écrit du 19 novembre 2013. Il précisait que les documents médicaux parviendraient à l'OAI au plus vite.

Par courrier du 28 novembre 2013, l'OAI a imparti un délai à l'assuré pour faire parvenir des pièces médicales confirmant l'aggravation de son état de santé ou présenter des objections motivées à l'encontre du projet de décision. Ce délai a été prolongé, à la demande de l'assuré.

Le 17 mars 2014, en l'absence de nouveaux éléments susceptibles de modifier sa position, l'OAI a rendu une décision confirmant le préavis du 8 novembre 2013.

D. X._____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 6 avril 2014. Il fait valoir qu'il est en arrêt de travail depuis le 1^{er} octobre 2013 en raison d'une double tendinite des épaules et est suivi à cet effet par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale. Il allègue avoir pris contact avec l'OAI en novembre 2013 pour la réouverture de son dossier. Au terme de son écriture, il mentionne ne pas demander « une prise en charge à 100% de [son] cas » par l'OAI dans la mesure où il souhaite rester autonome et pouvoir exercer une activité, mais aimerait pouvoir bénéficier à nouveau d'une aide au placement ou reconversion professionnelle comme cela lui avait été proposé en 2012.

Dans sa réponse du 5 juin 2014, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 15 août 2014, le recourant produit une lettre de sortie datée du 22 mai 2014 et rédigée par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il résulte de ce document que le recourant a séjourné du 14 au 16 mai 2014 à la Clinique [...], en raison d'une lésion du tendon supra-épineux de l'épaule droite. Il a été pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie, ainsi qu'une réparation arthroscopique du tendon supra-épineux droit. Le Dr M._____ expliquait qu'en juillet 2013, le patient avait ressenti une douleur vive à la face antérieure de l'épaule droite en voulant transporter une palette ; il présentait depuis lors des douleurs de cette épaule avec une impotence fonctionnelle, d'évolution stagnante sous physiothérapie. L'évolution post-opératoire était simple, l'épaule droite était immobilisée dans un gilet orthopédique, les douleurs étaient bien contrôlées et le patient devait poursuivre la physiothérapie pendant six semaines.

Le recourant produit également le résultat d'une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 1^{er} mai 2014 et le protocole opératoire du 14 mai 2014.

Le 21 août 2014, l'OAI relève qu'au vu des rapports médicaux produits, le recourant a subi une intervention chirurgicale à l'épaule, nouvelle affection ayant entraîné pour la première fois une incapacité de travail le 1^{er} octobre 2013. Cette nouvelle affection ne pouvant, par hypothèse, avoir un impact qu'une fois écoulé le délai d'attente d'un an, elle ne pouvait remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée du 17 mars 2014.

Le recourant s'est vu accorder une prolongation de délai pour produire les pièces alléguées. Il n'y a pas donné suite.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 17 novembre 2011, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier son droit à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 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 se définit 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la

rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consi. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Conformément au principe de 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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, 122 V 34 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un

acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée ; les droits procéduraux des parties doivent être respectés. Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

5. a) Lors de la première demande de prestations déposée en octobre 2006, l'assuré a fait valoir une inaptitude au travail dans le contexte d'une fibromyalgie. L'examen clinique rhumato-psychiatrique réalisé au SMR au cours de l'instruction a révélé que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie invalidante sur le plan psychiatrique ; sur le plan somatique, il présentait un déconditionnement musculaire et global important lié à l'inactivité physique résultant des douleurs articulaires et musculaires de sa fibromyalgie. Ce déconditionnement, contre-indiquant tous travaux lourds, était réversible ; un reconditionnement ciblé était susceptible d'augmenter la tolérance à l'effort et donc la capacité de travail. Par décision du 17 mars 2008, l'OAI a nié le droit aux prestations en l'absence d'atteinte invalidante.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 17 novembre 2011, l'assuré a produit un rapport du Dr H._____ signalant des lombalgies basses et para-lombosacrées droites à caractère musculaire dysfonctionnel et probable discopathie lombosacrée, un état après effort de traction en soulèvement d'une charge lourde le 10 mai 2011, responsable du déclenchement des lombalgies aiguës, et une dysthymie consécutive aux lombalgies chroniques. L'assuré a produit également un rapport du Dr P._____, faisant état d'un épisode dépressif sévère en amélioration sous traitement et d'un retour à la vie active comme « l'antidépresseur » le plus efficace. Ces éléments suffisaient pour conclure de façon plausible à une modification significative de l'invalidité justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Le SMR précisait

que si la fibromyalgie n'était pas signalée, il s'agissait désormais de lombalgies et d'épisode dépressif associé.

La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année a pour effet de créer un nouveau cas d'assurance, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations (ATF 126 V 369 consid. 3.1 et les références). La naissance du droit à la rente d'invalidité est de ce fait subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3). En l'occurrence, aux termes de la décision litigieuse, si les lombalgies sont reconnues comme incapacitantes à compter du 11 mai 2011, elles sont considérées comme n'entravant plus la reprise d'une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles établies dès le mois de mai 2012. L'OAI se réfère à l'appréciation du Dr N. _____ telle qu'exposée dans le rapport SMR du 23 octobre 2012 et inspirée des avis médicaux émis par les Drs J. _____ et P. _____.

Dans son rapport du 22 février 2012, faisant suite à la consultation du 28 janvier 2012, le Dr J. _____ pose pour diagnostics des lombalgies chroniques associées à des sciatalgies droites intermittentes dans le contexte d'un déconditionnement physique et des troubles statiques, une dysthymie et un probable trouble anxieux. Un traitement physiothérapeutique intensif est préconisé. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier polyvalent est considérée comme nulle depuis mai 2011 (excepté octobre et novembre 2011 à 50%) et la reprise d'une activité professionnelle, respectivement l'amélioration de la capacité de travail, ne peut être attendue avant trois à six mois. En aparté, on peut noter que le Dr N. _____ énonce à tort qu'une capacité de travail d'au minimum 50% est reconnue par le Dr J. _____ dans son rapport du 22 février 2012. Cela étant, dans un nouveau rapport du 13 août 2012, fondé essentiellement sur la dernière consultation du 4 mai précédent, le Dr J. _____ énonce le même diagnostic de lombalgies

chroniques et retient celui de dysfonction de la charnière dorsolombaire. Il reconnaît au recourant une capacité de travail entière dans une activité adaptée (position assise limitée à 25-30 minutes, port de charges fréquent sol-taille à 10 kg, occasionnellement à 15 kg, port de charges taille-tête à 7,5 kg). En octobre 2012, le Dr P._____ énonce comme diagnostics un trouble douloureux chronique, un trouble dépressif récurrent et un status post-accident de travail le 10 mai 2011. Il n'y a pas de restriction psychique, les troubles psychologiques étant liés à l'absence d'une activité professionnelle adaptée, et la reprise d'une activité professionnelle à temps plein est possible. *Pro memoria*, en janvier 2012, le psychiatre traitant attestait une capacité de travail de 50% dans un poste adapté aux difficultés physiques du recourant, indiquant que le retour à la vie active était « l'antidépresseur » le plus efficace. Dès février 2013, le recourant a exercé l'activité de magasinier à un taux de 100%, activité qui selon toute vraisemblance était compatible aux limitations fonctionnelles reconnues ; l'interruption de cette activité huit mois plus tard n'apparaît pas en lien avec les lombalgies mais semble résulter de la nouvelle affection, eu égard aux dires de l'assuré (cf. consid. 5c *infra*).

Il peut dès lors être admis que les lombalgies présentées par le recourant à la suite de l'événement du 10 mai 2011 ne contrevenaient plus, dès le 4 mai 2012, date de la dernière consultation auprès du Dr J._____, à l'exercice d'une activité exercée à plein temps, respectant les limitations fonctionnelles établies. S'agissant de l'atteinte psychique, elle n'était pas invalidante mais liée aux douleurs physiques ; elle ne contrevenait pas à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps. Ainsi, à l'échéance du délai de carence d'une année (« survenance de l'invalidité »), le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Aucun élément médical objectif rendant vraisemblable une péjoration de l'état de santé, respectivement le maintien de l'incapacité de travail, n'a par ailleurs été produit.

La décision litigieuse ne prête dès lors pas flanc à la critique, étant constaté que le recourant ne soulève au demeurant aucun grief à son propos. En effet, à la lecture de son recours, l'assuré ne s'oppose pas

au contenu de cette décision mais rapporte la présence d'une nouvelle atteinte à la santé.

c) Devant l'autorité de céans, le recourant allègue une incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2013 en raison d'une double tendinite des épaules, incapacité de travail attestée selon ses dires par le Dr B._____. Il produit le résultat d'une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 1^{er} mai 2014 en raison de douleurs de l'épaule droite à la mobilisation depuis six mois malgré la physiothérapie, et concluant à une tendinopathie avec déchirure intra-substancielle du tendon supra-épineux et déchirure du versant articulaire du tendon sous-scapulaire. Il produit également le protocole opératoire du 14 mai 2014 et la lettre de sortie du 22 mai 2014, rédigés par le Dr M._____, posant pour diagnostic une lésion du tendon supra-épineux de l'épaule droite et mentionnant l'apparition d'une douleur à la face antérieure de l'épaule en juillet 2013.

Aucun élément médical attestant de l'atteinte à l'épaule droite n'a par ailleurs été produit en procédure d'audition devant l'OAI, en dépit du délai imparti - et prolongé - pour rendre vraisemblable l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'entraîner une invalidité.

Cela étant, dans l'hypothèse où l'atteinte à l'épaule droite, nouvelle affection, entraînait une incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2013 - étant relevé qu'aucune incapacité de travail liée à cette affection n'est démontrée pour la période antérieure à l'opération du 14 mai 2014 -, elle ne pouvait avoir un impact qu'une fois écoulé le délai d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit en l'occurrence au plus tôt en octobre 2014. En effet, on rappellera que lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3).

Partant, l'affection de l'épaule droite ne saurait être déterminante s'agissant du bien-fondé de la décision querellée de refus de rente du 17 mars 2014.

La Cour ne saurait par ailleurs étendre l'objet de la contestation et se prononcer sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 17 mars 2014 (cf. consid. 4b *supra*).

d) En définitive, il appert qu'au jour du prononcé de la décision litigieuse, le recourant ne remplissait pas les conditions requises pour se voir reconnaître le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le calcul du taux d'invalidité, vérifié d'office, n'est à cet égard pas critiquable.

Les conclusions du recourant tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnelle doivent par ailleurs être rejetées. L'aide au placement accordée ensuite de ses lombalgies n'a pas été nécessaire, l'intéressé ayant trouvé rapidement un emploi. Quant aux limitations fonctionnelles qu'engendrerait l'atteinte à l'épaule droite, aucun élément rendant vraisemblable de telles limitations n'a été apportée antérieurement au prononcé de la décision litigieuse.

6. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Le recours doit par conséquent être rejeté.

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 des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 6 avril 2014 par X._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 17 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :