

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate
au Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 2 juin 2000, S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 2 juillet 1952, a déposé une demande de reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il travaillait comme poseur de sols.

Le Dr [...], spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) a mentionné dans son rapport d'examen médical final du 17 janvier 2000 que l'assuré avait subi, le 18 mars 1999, suite à une entorse du genou gauche, une arthroscopie avec résection subtotale du ménisque interne et d'environ un tiers du LCA (ligament croisé antérieur) rupturé, les suites post-opératoires ayant été lentes, une chondropathie fémoro-patellaire ayant été évoquée et un traitement de Dipro-Carbo et de Condrosulf instauré. Il relevait que des douleurs au genou gauche semblaient persister, une capacité du travail à 100% ayant été fixée dès le 18 octobre 1999 mais n'ayant jamais pu être mise en valeur. Il concluait son rapport en ces termes :

« APPRECIATION :

On se trouve à 10 mois d'une méniscectomie interne subtotale gauche chez ce poseur de sols de 48 ans qui présente un léger morphotype en varus et une ancienne lésion ligamentaire de ce genou gauche. Par ailleurs, on retient une bursite (sic) prérotulienne chronique.

A l'examen de ce jour, on constate un discret épanchement, une plainte mal localisée et des signes de chondropathie rotulienne.

Une reprise de l'activité de poseur de sols est à mon avis exigible. Au vu d'un seuil de douleurs certainement diminué, associé à la situation globale de cet assuré, il est possible qu'on s'acheminera tôt ou tard vers une nouvelle incapacité de travail. Dans ce cas, il ne faudrait pas tarder à annoncer ce patient à l'AI pour un possible reclassement au vu de son travail peu adapté aux troubles que présentent ses genoux. ».

Dans son rapport du 13 juin 2000, le Dr X. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status après déchirure de la corne moyenne et postérieure du ménisque interne gauche et de déchirure partielle du LCA sans instabilité. Il a indiqué une incapacité de travail totale du 19 au 23 juillet 1999 et un nouvel arrêt du 11 au 17 octobre 1999. Il a estimé qu'il y avait des contre-indications dans la profession habituelle, l'activité de poseur de sols étant relativement lourde. Il ajoutait que l'assuré avait eu une méniscectomie interne du genou avec un début de gonarthrose.

Il résulte d'une fiche d'examen du 19 septembre 2000 que l'assuré avait obtenu un CFC (certificat fédéral de capacité) de radioélectricien, mais n'avait que peu pratiqué ce métier, étant ensuite devenu poseur de sols en apprenant sur le tas. Lorsqu'il n'y avait plus de travail dans l'un de ces domaines, il passait à l'autre, mais depuis quelques années il n'avait plus suivi l'évolution technique dans son métier de base, ce qui l'empêchait de pouvoir être actif comme radioélectricien.

L'assuré a été convoqué à deux reprises à l'OAI par la division de réadaptation. Le 3 décembre 2001, l'OAI lui a rappelé ses obligations et lui a demandé de confirmer par écrit, jusqu'au 30 décembre 2001, sa volonté de participer activement à sa réadaptation professionnelle, l'avertissant que sans cette confirmation dans ce délai, il lui notifierait une décision négative.

Par lettre du 4 janvier 2001 (*recte* : 2002), l'assuré s'est excusé et a expliqué qu'ayant eu beaucoup de peine à accepter la situation d'assisté après trente-cinq ans de travail, il avait décidé de recommencer un nouvel emploi malgré ses problèmes physiques, souhaitant que son dossier soit laissé en suspens tant qu'il pouvait assurer cette activité.

Le 29 janvier 2002, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il n'était pas autorisé à mettre sa demande en attente et lui a imparti un ultime délai au 15 février 2002 afin de faire connaître ses intentions.

Par décision du 18 mars 2002, intitulée « Mesures d'ordre professionnel », l'OAI a rejeté la demande de prestations dès lors que l'assuré continuait à s'opposer à la mesure de réadaptation à laquelle il était apte à se soumettre alors que son attention avait été attirée sur les conséquences de son attitude. Il précisait que si par la suite l'intéressé revenait à de meilleurs sentiments, l'examen de sa situation serait repris moyennant une déclaration écrite de sa part attestant de sa volonté de participer activement aux mesures ordonnées et que le cas échéant, les prestations ne pourraient être accordées que pour les douze mois précédant le dépôt de la nouvelle demande.

B. Le 8 août 2011, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

Il résulte notamment ce qui suit du rapport initial de l'OAI du 20 septembre 2011 :

« 2. Préambule, analyse de la demande

Anamnèse et informations complémentaires de l'assuré

1^{ère} demande déposée en 2000 suite à un accident qui a nécessité une ménisectomie du genou. Un début de gonarthrose a été détecté. L'assuré n'a pas donné suite aux convocations de l'OAI et indiqué par un courrier du 4.01.2011 [recte : 2002] (V/GED) d'avoir repris un emploi malgré ses problèmes de santé. A noter que l'assuré travaillait comme poseur de sols, activité ne respectant pas ses LF [limitations fonctionnelles]. Le dossier a été clos.

2^e demande en août 2011 pour les atteintes indiquées ci-dessous. Depuis 2001, l'assuré a travaillé comme poseur de sol pour diverses agences temporaires, entrecoupé par des périodes de chômage.

Dernier mandat comme poseur de sol de juillet à septembre 2007 puis inscription au chômage au 1.12.2007. L'assuré indique qu'il n'arrivait plus à trouver du travail par sa situation de santé et en raison de la situation difficile du marché de l'emploi.

Dans le cadre de l'AC [assurance-chômage], M : (sic) S. _____ a travaillé chez [...] comme chauffeur. Cette activité lui convenait bien et il souhaite se reconvertir dans ce métier.

M. S. _____ a été hospitalisé 10 jours suite à sa demande à l'hôpital de [...] (sortie au 7.09.2011) en raison d'une dépression. Il a débuté un suivi psychiatrique.

(...)

Formation et situation professionnelle

Scolarité : primaire supérieure

Formation(s) professionnelle(s), diplôme(s) et date(s) :

- CFC de radio-électricien, obtenu en 1972

Autres compétences (langues, informatiques, ...) :

- LM [langue maternelle] français et italien

- bonnes connaissances d'allemand

Expérience(s) professionnelle(s) précédente(s) :

- 1972 - 1993 technicien radio-TV

- 1993 - 2007 poseur de sols (via agences temporaires)

Employeur actuel ou dernier employeur : [...]

Fonction : poseur de sol

Depuis le : juillet 2007

Fin le : septembre 2007

Taux d'activité (si inférieur à 100%, motifs) : 100% (mission temporaire)

Descriptif de l'activité : pose de sols en résine, moquettes, etc.

Difficultés ressenties dans le poste actuel / LF : douleurs aux genoux et autres membres /articulations ».

Selon ce rapport, l'assuré est bénéficiaire du RI (revenu d'insertion).

Interpellé par l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu le 4 septembre 2011 qu'il avait besoin de plus de temps pour remplir de façon complète le formulaire médical et que celui-ci serait envoyé dans les prochaines semaines. Le 21 octobre 2011, il a écrit ne pas avoir tous les documents nécessaires pour remplir le formulaire qui serait adressé dès que possible et qu'il était inutile de lui adresser un rappel. Le 5 février 2012, il a écrit que l'intéressé bénéficiait d'examens complémentaires de neurologie, dont il ne disposait pas encore des résultats et qu'il reprendrait contact à réception de ceux-ci. En mars 2012, ce praticien a écrit à l'OAI que l'assuré étant actuellement en cure, les investigations étaient repoussées et qu'il le contacterait à réception des résultats.

Dans un avis médical du 20 avril 2012, le Dr P._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé de procéder à un examen clinique orthopédique par le SMR pour pallier le manque de rapport médical.

Le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au SMR, a examiné l'assuré le 14 mai 2012. Il résulte notamment ce qui suit de son rapport établi le 11 juin 2012 :

« **Anamnèse actuelle**

Plaintes actuelles

Colonne lombaire : l'assuré a eu des lombalgies récidivantes depuis environ 7 ans. Il a consulté le Dr X._____, chirurgien orthopédiste, qui a prescrit un traitement conservateur sous forme d'AINS [anti-inflammatoires non-stéroïdiens] et de physiothérapie. En 2010, il développe des lombosciatalgies bilatérales. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] a été effectuée en août 2010, qui a montré une hernie discale paramédiane et foraminale L4-L5 ainsi que des troubles dégénératifs pluri-étagés. L'assuré a bénéficié d'une série de 9 séances de physiothérapie. Progressivement, les douleurs des membres inférieurs ont disparu. Actuellement, il a des douleurs lombaires lorsqu'il porte des charges, lorsqu'il est penché en avant ou lorsqu'il marche plus de 1 km. Il n'a pas de douleurs lombaires lorsqu'il est assis normalement. Il a des douleurs lorsqu'il garde la position debout statique au-delà de 30 minutes.

Membres supérieurs : il a développé des douleurs du coude D [droit] vers 2005. Il s'agissait surtout de douleurs lorsqu'il portait des charges. Il va consulter le Dr X._____, chirurgien orthopédiste, qui a demandé une IRM du coude D, qui a eu lieu à [...], le 17.08.2005. Le Dr [...], conclut dans son rapport « remodellement dégénératif tri-compartimental, associé à une infiltration liquidienne de l'articulation vraisemblablement réactionnelle et à plusieurs calcifications intra-articulaires probablement dystrophiques, moins probablement traumatiques. Pas d'arguments en faveur d'une pathologie ligamentaire ou tendineuse isolée ».

Au mois de septembre 2005, il demande un 2^{ème} avis. Il sera vu par le Dr [...], chef de clinique adjoint de la Permanence [...], qui considère que seuls les AINS et une contrainte limitée sur l'articulation sont bénéfiques. Dans un futur éloigné, il faudra probablement considérer une arthroplastie du coude.

Par la suite, il a développé des troubles sensitifs de l'auriculaire de la main D. Depuis le mois de septembre 2010, apparition aussi de troubles sensitifs du 4^{ème} et du 5^{ème} doigt de la main G [gauche]. L'assuré est vu le 29.09.2011 par le Dr C._____, spécialiste FMH en neurologie. Ce collègue a fait un examen neurologique complet, y compris un EMG [électromyogramme]. A l'examen, il a une hyperesthésie, dysesthésie dans le territoire des nerfs cubitiaux ddc [des deux côtés] avec une nette prédominance à G. A l'EMG, des signes compatibles avec un syndrome du tunnel carpien léger essentiellement sensitif à D. Le nerf cubital D montre un important ralentissement de la vitesse sensitivomotrice au coude. Le nerf cubital G montre les mêmes lésions mais encore plus prononcées. Il

propose le port d'une gouttière. Rapidement les douleurs de l'auriculaire à D ont disparu, à G persistance d'une hyperesthésie avec des dysesthésies du 4^{ème} et du 5^{ème} doigt. En ce qui concerne le coude D, il a des douleurs lorsqu'il porte des charges, sans autre symptomatologie.

Genou G : en mars 1999, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou G. Cette intervention est effectuée par le Dr X._____. Dans son rapport, l'arthroscopie décrit une chondropathie de stade 2 de la trochlée, une importante déchirure de la corne moyenne et postérieure du ménisque interne. Il a réséqué la corne moyenne et postérieure du ménisque interne. Un fragment du LCA déchiré venait se coincer dans le compartiment externe. Il a été réséqué. Les suites ont été marquées par des douleurs persistantes. Le cas a été pris en charge par la SUVA. Par la suite, le genou s'est calmé. Depuis environ 1 année, il a des gonalgies à G lorsqu'il monte les escaliers ou les pentes, il a remarqué que son genou est parfois tuméfié. Il n'y a pas eu d'investigations radiologiques récentes ni de traitements spécifiques.

Pieds : l'assuré a remarqué une déformation en valgus de ses 2 gros orteils, évoluant depuis plusieurs années. A D, il a des douleurs à la marche, dans tout type de chaussures. Il sera opéré prochainement par le Dr B._____.

(...)

Anamnèse par systèmes

(...)

Psychiatrique : en septembre 2011, il a été hospitalisé à l'Hôpital de [...] durant 9 jours. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique.

En mars 2012, il a fait une cure « à la Fondation [...] » durant 4 semaines. L'assuré affirme ne pas avoir eu une consommation excessive d'alcool dans le passé.

(...)

DOSSIER RADIOLOGIQUE

IRM colonne lombaire effectuée à la Clinique [...] le 25.08.2010 : montre des discopathies pluri-étagées. Hernie paramédiane et foraminale G L4-L5, arthrose postérieure prédominante L4-L5.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- LOMBALGIES CHRONIQUES. DISCOPATHIES PLURI-ÉTAGÉES. ARTHROSE INTER-FACETTAIRE PRÉDOMINANTE L4-L5. STATUS APRÈS HERNIE DISCALE L4-L5 G M51.3.
- ARTHROSE DU COUDE D PROBABLEMENT PRIMAIRE AVEC DES SOURIS INTRA-ARTICULAIRES, M19.0.

- NEUROPATHIE SENSITIVOMOTRICE DES NERFS CUBITAUX DDC, À PRÉDOMINANCE G.
- GONARTHROSE DÉBUTANTE GENOU G.
- COXARTHROSE BILATÉRALE ASYMPTOMATIQUE.
- HALLUX VALGUS BILATÉRAL AVEC SUB-LUXATION DES ARTICULATIONS MTP1 [PREMIÈRE MÉTATARSO-PHALANGIENNE].

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

- TABAGISME CHRONIQUE.
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN TRAITEMENT.

APPRÉCIATION DU CAS

Assuré âgé de 59 ans. Après sa formation de radioélectronicien, il a travaillé comme technicien radio-tv jusqu'en 1993 puis comme poseur de sol jusqu'en septembre 2007, suit une période de chômage durant laquelle il a travaillé en tant que chauffeur-livreur et comme ouvrier dans une entreprise de recyclage d'appareils électroniques. Il bénéficie du RI à partir de novembre 2010.

En avril 2000, il dépose une demande AI en raison de gonalgies à G. A l'époque il avait des troubles dégénératifs modérés avec un pincement de l'interligne fémoro-tibial interne, une déchirure du ménisque interne qui a été réséquée et une chondropathie de stade 2 de la trochlée fémorale. Depuis cette époque, il n'y a pas eu d'investigations ou de traitements particuliers. Le genou allait plus au moins bien jusqu'à il y a 1 année. Depuis 1 an, il a des douleurs lorsqu'il monte les escaliers.

L'assuré souffre aussi de douleurs lombaires évoluant depuis environ 7 ans. En 2010, une IRM a révélé la présence de troubles dégénératifs pluri-étagés, ainsi qu'une hernie discale L4-L5 G. Par la suite, les sciatalgies ont disparu. Actuellement, il a des douleurs lombaires lorsqu'il se penche en avant ou lorsqu'il marche plus de 1 km ou lorsqu'il garde la position debout statique prolongée. Il n'a pas de douleurs lombaires lorsqu'il est en position assise.

Aux membres supérieurs, il a développé une arthrose du coude D, probablement primaire. Une IRM effectuée en 2005 a montré la présence de multiples souris intra-articulaires. Aucune intervention n'a été effectuée. Pas d'autres investigations. Actuellement, il a des douleurs aux coudes, lorsqu'il porte des charges.

Il a aussi développé une neuropathie des nerfs cubitiaux, initialement à D, puis depuis 2010 aussi à G. Un bilan neurologique effectué en septembre 2011 a montré un important ralentissement de la vitesse sensitivomotrice aux coudes, plus marquée à G qu'à D, ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien léger à D. Les paresthésies à D ont disparu depuis environ 3 mois, à G elles persistent malgré l'utilisation d'une gouttière.

L'assuré souffre aussi de douleurs aux pieds, il a un Hallux valgus avec sub-luxation de l'articulation MTP1 ddc, il sera prochainement opéré à D.

Des radiographies du bassin ont été effectuées en 2009 (non disponibles). Le Dr [...] diagnostique une coxarthrose bilatérale modérée. L'assuré n'a actuellement pas de symptômes et il conserve une bonne mobilité des hanches. En ce qui concerne la capacité de travail, le métier de poseur de sol n'est plus exigible, car il ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, nous n'avons pas d'arguments pour dire que cette capacité est diminuée.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire, sans port de charges de poids supérieur à deux Kg. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, de travailler avec les coudes appuyés sur l'établi. Des courts déplacements sont possibles. Doit éviter de travailler, à genoux ou accroupi, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes et de marcher en terrain irrégulier.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Pas d'arrêt de travail prescrit, à mon avis depuis 2010 (date de l'IRM de la colonne lombaire), le métier de poseur de sol n'est pas exigible.

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

L'assuré n'a pas d'activité professionnelle lucrative. Il bénéficie du RI depuis novembre 2010.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS AOÛT 2010 ».

Figurent au dossier les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 17 août 2005 du Dr [...], spécialiste FMH en radiologie, suite à l'IRM du coude droit de l'assuré effectuée le même jour et concluant à un remodellement dégénératif tri-compartmental associé à une infiltration liquidienne de l'articulation, vraisemblablement réactionnelle et à plusieurs calcifications intra-articulaires possiblement

dystrophiques, moins probablement post-traumatiques ; il n'y avait pas d'argument en faveur d'une pathologie ligamentaire ou tendineuse isolée ;

- un rapport du 22 septembre 2005 du Dr [...], spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique à la Permanence [...], posant les diagnostics d'arthrose invalidante du coude droit et d'épicondylite au coude droit, mineure ;

- un rapport du 16 novembre 2009 du Dr [...], spécialiste FMH en radiologie, concluant à une coxarthrose bilatérale modérée ;

- un rapport du 25 août 2010 du Dr W._____, spécialiste FMH en radiologie, relatif à une IRM de la colonne lombaire effectuée le même jour, concluant notamment à une hernie discale paramédiane - pré-foraminale L4-L5 gauche comprimant la racine L5 gauche ;

- un rapport du 29 septembre 2011 adressé au Dr B._____ par le Dr C._____, spécialiste FMH en neurologie, qui a posé le diagnostic de probables lésions du nerf cubital au coude bilatéralement à prédominance gauche et qui a en outre indiqué ce qui suit :

« Anamnèse actuelle :

Le patient me décrit de (sic) souffrir depuis plusieurs années d'un sentiment d'endormissement dans le petit doigt à droite. Progressivement depuis une année, il constate des fourmillements dans la main à gauche, d'abord dans le 5^{ème}, ensuite dans le 4^{ème} doigt de la main gauche, le bord latéral de la main et la partie distale de l'avant-bras. Quand il touche une surface avec les bouts de ces 2 doigts il ressent une forte sensation de brûlure. Il a l'impression quand il laisse tomber les bras des deux côtés qu'il va mieux. Le Voltarène® qu'il prend pour ses maux de dos liés probablement à une hernie discale L4-L5 à gauche, n'a pas fait effet. Quand il se réveille la nuit il a aussi des sensations désagréables à prédominance gauche.

Le patient a travaillé entre 1998 et 2008 comme poseur de sol[s]. Depuis 3 ans il travaille dans la livraison et le démontage des appareils électriques. Il n'a pas eu de chute ou de traumatisme. Il décrit vaguement une prise en charge par [...] de son coude à droite qui a été fracturé. Il avait constaté une augmentation du volume de ses deux coudes durant les dernières années.

Le patient a eu des bursites au niveau des deux genoux. Il se plaint aussi de fourmillements aux deux membres inférieurs.

Pas de constat de manque de force. Pas de syndrome cervical.

(...)

Examen neurologique ciblé :

Tête et cou sans particularité, pas de déficit au niveau des nerfs crâniens.

Réflexes faibles mais symétriques aux deux membres supérieurs. Pas de vraie atrophie musculaire détectable.

Epreuve des bras tendus bien tenue. Tonus préservé. Motilité fine distale préservée.

Force musculaire légèrement diminuée M4+ pour le petit abducteur du pouce des deux côtés.

Tremblement de haute fréquence.

Hypoesthésie dysesthésie au 5^{ème} doigt à droite et au[x] 4^{ème} et 5^{ème} doigts à gauche ainsi que le bord latéral et la partie distale de l'avant-bras.

Examen électrophysiologique

Résultats :

Cf. feuille(s) jointe(s)

Interprétation :

L'électroneurographie du nerf médian droit montre un léger ralentissement de la vitesse de conduction sensitive au poignet.

L'électroneurographie du nerf médian gauche est normale.

L'électroneurographie du nerf cubital à droite montre une diminution de la vitesse de conduction au coude au niveau sensitivomoteur.

L'électroneurographie du nerf cubital à gauche montre le même résultat d'une manière prononcée.

Les potentiels sensitifs sont de faible amplitude pour tous les nerfs.

Synthèse et conclusion

Votre patient présente une hypesthésie du 5^{ème} doigt depuis 6 ou 7 ans au membre supérieur droit et depuis au moins une année une hypesthésie, dysesthésie fourmillante dans les doigts 4 et 5 à gauche ainsi que le bord de la main et la partie distale de l'avant-bras. Il décrit des fourmillements également aux membres inférieurs.

L'examen neurologique montre une hypesthésie-dysesthésies dans les deux territoires du nerf cubital à nette prédominance gauche.

L'examen électrophysiologique montre des signes compatibles avec un syndrome du tunnel carpien léger, c'est-à-dire essentiellement sensitif à droite. Le nerf cubital de ce côté montre un important ralentissement de la vitesse sensitivomotrice au coude. On constate également des résultats pathologiques du nerf cubital au coude à gauche mais d'une manière encore plus prononcée. Le nerf médian à gauche est normal. Tous les potentiels sensitifs sont de faible amplitude, qui, en relation avec l'élément anamnestiques (sic) de fourmillements aux deux membres inférieurs que le patient ressent plus ou moins en permanence, indiquaient une polyneuropathie sensitivomotrice.

Par rapport aux nerfs cubitaux, j'ai proposé le port d'une coudière ddc et j'ai essayé d'instruire le patient d'éviter de s'appuyer en permanence sur ses coudes en position assise ou durant ses travaux.

Si vous le souhaitez je suis bien prêt à réévaluer le patient par rapport à une probable polyneuropathie aux membres inférieurs avec un complément d'électro-neuromyographie que je n'ai pas effectuée dans cette séance pour ne pas prolonger le rendez-vous. Si vous êtes le médecin traitant, je vous prie d'effectuer un bilan de laboratoire, par rapport à cette neuropathie, à la recherche d'éventuels troubles au niveau hormonal, vitaminique, toxique, hépatique, rénal ou inflammatoire. ».

Le Dr P._____, dans un avis médical SMR du 19 juin 2012, s'est rallié aux conclusions du Dr N._____ et a exposé que l'assuré n'ayant pas d'activité professionnelle ces dernières années, et en fonction de la clinique et des examens complémentaires, il pouvait estimer que les limitations fonctionnelles citées étaient valables depuis août 2010, la capacité de travail ayant été entière de tout temps.

Dans un rapport du 10 juillet 2012, le spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI a notamment relevé que l'assuré se disait intéressé et volontaire à retrouver un emploi comme chauffeur ayant suivi dans le cadre du RI social, la mesure J'EM (Jusqu'à l'emploi), de janvier 2010 à fin juillet 2011 et ayant effectué durant cette mesure des recherches d'emploi dans cette profession. Ce spécialiste indiquait en outre que du 5 janvier au 31 mars 2012, l'assuré avait également suivi un programme d'abstinence auprès de la fondation [...] et qu'il l'avait informé être en attente d'une convocation du Dr B._____ pour une nouvelle opération du pied droit. Compte tenu de ce nouvel élément, l'auteur du rapport a considéré la situation médicalement non-stabilisée.

Par communication du 18 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

Le 8 octobre 2012, l'OAI a demandé à l'assuré des renseignements sur l'intervention au pied droit, si elle avait eu lieu, quand et par quel médecin et sinon à quelle date elle était prévue.

Le 20 juin 2013, le Dr B._____ a informé l'OAI qu'un rapport lui serait adressé après évaluation du résultat de l'opération du pied.

Le 17 septembre 2013, l'OAI a demandé à l'assuré de lui transmettre la date de l'intervention au pied droit.

Le 1^{er} octobre 2013, l'OAI a reçu un rapport du 16 novembre 2012 du Dr C. _____ adressé au Dr [...], dont il résulte en particulier ce qui suit :

« Evolution :

Le patient a constaté une nette amélioration des dysesthésies et des manques de force au niveau de ses doigts cubitaux à droite sous le port d'une coudière. Malgré le même traitement, à gauche troubles de la sensibilité et du mouvement des derniers doigts de la main.

L'examen neurologique partiel constate une faiblesse au niveau cubital ainsi qu'une hypesthésie-dysesthésie dans les doigts 4 et 5 à gauche.

L'examen électro-neurophysiologique du nerf cubital à gauche constate une amélioration de la vitesse de conduction motrice mais aucune amélioration significative au niveau de la vitesse de conduction sensitive.

Le coude du patient est toujours fortement déformé, probablement post-traumatique et sur usure professionnelle (poseur de sols).

J'ai proposé de continuer le port de la coudière et d'éviter tout appui du coude gauche durant les positions assises et les activités de la vie quotidienne.

Vous trouverez en annexe la copie de la lettre du 29 septembre 2011 où j'ai vu le patient pour la 1^{ère} fois à la demande de son orthopédiste. ».

Dans un rapport du 30 octobre 2013, difficilement lisible, le Dr B. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose interne bilatérale, arthrose au coude droit, spondylarthrose lombaire, hernie discale L4-L5 avec syndrome irritatif L5, symptomatologie du cubital au coude gauche et une maladie de Bastrup. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un status après correction d'un hallux valgus le 3 juin 2013. Il a indiqué que la spondylarthrose lombaire était très invalidante avec le syndrome irritatif L5, qu'une compression du nerf cubital gauche était en exploration chez le Dr C. _____ et qu'une décompression chirurgicale était éventuellement à envisager. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné d'éviter de soulever des charges de plus de 2 kg, de se pencher, s'accroupir ou être à genoux, le travail en hauteur ou sur une échelle et un périmètre de marche de plus de 500 m. Il a indiqué une impotence fonctionnelle du

coude droit et une symptomatologie cubitale au coude gauche et que l'alternance des positions assis/debout était nécessaire. Il estimait que « devant l'évolution des pathologies lombaires, des deux coudes, gonarthrose bilatérale, aucune activité lucrative n'est raisonnablement exigible ».

Etait joint à ce rapport, celui du 20 septembre 2013 du Dr F._____, spécialiste FMH en radiologie, qui a effectué des radiographies de la colonne lombaire et des genoux de l'assuré, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Troubles statiques avec de discrets rétrolisthésis pluri-étagés à caractère dégénératif et bascule significative du bassin du côté droit. Disco-spondylarthrose lombaire pluri-étagée. Gonarthrose bilatérale modérée prédominant sur les compartiments tibio-fémoraux internes et plus du côté droit. ».

Dans un avis médical du 28 janvier 2014, le Dr P._____ du SMR a estimé que ces rapports n'apportaient aucun élément nouveau qui n'ait été pris en compte dans l'examen clinique SMR et qu'il n'y avait donc pas lieu d'en modifier les conclusions.

Le spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI a effectué un calcul du salaire exigible le 5 mars 2014 et donné comme exemples d'activités adaptées celles de chauffeur, ouvrier d'atelier, industrie légère, surveillant de parking.

Le 9 juillet 2014, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente notamment pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis 2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] précité.

A l'échéance du délai en question, soit en 2011, et après consultation des éléments médicaux de votre dossier par le Service

Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre dernière activité de poseur de sol[s].

Toutefois, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (travail sédentaire sans port de charges supérieur[es] à 2 kgs (sic) ; éviter les travaux penché en avant, en porte-à-faux et de travailler les coudes appuyés sur un établi ainsi que les travaux à genou ou accroupi, de monter et descendre les escaliers et de marcher en terrain irrégulier. Des courts déplacements sont possibles), depuis 2010 également.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'048.03.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	61'164.48		
avec invalidité	CHF	55'048.03		
La perte de gain s'élève à	CHF	6'116.45	=	un degré d'invalidité de 10 %

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

Par décision du 19 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré pour les mêmes motifs.

L'assuré, représenté par Me Florence Bourqui, a fait valoir ses objections dans une écriture datée du 15 août 2014, qui n'est parvenue à l'OAI que le 10 octobre 2014. Cet Office a transmis cette écriture le 13 octobre 2014 à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

C. Dans son acte de recours complémentaire du 21 novembre 2014, S. _____ a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée, une rente entière lui étant octroyée depuis le 8 août 2011, et subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction. Il soutient en substance, se référant à ses objections, que seul l'avis du Dr B. _____ est complet et donne l'image la plus précise de sa capacité de travail réelle, au contraire des conclusions du SMR, lequel n'a pas tenu compte de l'impact réel sur sa capacité de travail de l'important ralentissement de la vitesse sensitivomotrice aux coudes et de la nécessité de porter une gouttière, ni du tremblement de haute fréquence relevé par le Dr C. _____ dans son rapport du 29 septembre 2011. Il ajoute que le rapport du Dr B. _____ met pour le moins en doute les conclusions du SMR. Il allègue également que l'instruction de l'intimé est lacunaire également sur un autre point, le rapport initial du 7 septembre 2011 faisant état d'un séjour volontaire de dix jours à l'hôpital de [...] et d'un suivi psychiatrique débuté en raison d'une dépression dont on ne retrouve aucune trace par la suite au dossier. Il soutient en outre que l'intimé n'a pas tenu compte de son âge avancé et que son état de santé rend illusoire l'exercice d'une quelconque activité lucrative même en ne tenant compte que des limitations fonctionnelles retenues par le SMR.

Par réponse du 17 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a notamment soutenu que le rapport du Dr N. _____ avait pleine valeur probante. S'agissant de la question de l'âge du recourant, il

allègue qu'il faut le situer au 11 juin 2012, date du rapport d'examen clinique orthopédique du SMR fixant de manière claire sa capacité résiduelle de travail, le recourant étant alors âgé de 60 ans, mais qu'il paraissait improbable que cet âge puisse, au vu des circonstances du cas d'espèce, être considéré comme suffisamment avancé pour nuire à la mise en œuvre de la capacité résiduelle de travail de l'intéressé sur le marché de l'emploi, les restrictions induites par ses troubles ne paraissant pas si importantes au point d'être rédhibitoires pour des employeurs potentiels dans un marché de l'emploi équilibré. Il ajoute qu'au cours de son parcours professionnel, le recourant a été confronté à des changements d'activités en ayant été amené à exercer le poste de technicien radio-TV, de poseur de sols ou encore de chauffeur-livreur, aucun élément mettant en évidence d'éventuelles difficultés d'adaptation ne résultant du dossier. L'intimé en déduit qu'il n'y a dès lors pas lieu de considérer comme irréaliste l'exploitation de la capacité résiduelle de travail du recourant sur un marché du travail supposé équilibré, de sorte qu'il ne saurait se prévaloir de son âge.

Dans sa réplique du 22 janvier 2015, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en substance réitéré ses arguments concernant son âge avancé. Il relève que les divergences entre les conclusions du SMR et celles des médecins traitants ultérieurs n'ont pas été analysées. Il prétend que, devant porter une gouttière, souffrant d'une perte de sensibilité et de vitesse dans les deux avant-bras et mains et d'un fort tremblement, les métiers du domaine de la construction, d'ouvriers à la chaîne, de service aux bâtiments, de chauffeur-livreur, poseur de sols ou technicien radio-TV lui sont fermés.

Dans sa duplique du 16 février 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (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 - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (*cf.* art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

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

b) Le litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa demande du 8 août 2011.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins à une demie-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) L'art. 16 LPGA, qui s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI), prévoit que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent

avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

4. Le recourant avait déposé une première demande limitée à l'octroi de mesures d'ordre professionnel à laquelle il avait finalement renoncé tout en demandant que son dossier soit suspendu. Par décision

du 18 mars 2002, intitulée « Mesures d'ordre professionnel », l'OAI a rejeté la demande au motif que l'assuré avait refusé de s'y soumettre mais tout en s'engageant à reprendre l'examen du cas à la seule condition d'une déclaration écrite de la part du recourant attestant sa volonté de participer activement aux mesures ordonnées.

Pour cette raison et même si la nouvelle demande portait sur le même objet, elle ne paraît pas soumise aux conditions de la révision au regard du principe de la bonne foi.

Peu importe toutefois, en effet, selon l'art 17 LPGA, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force. Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (*cf.* art. 8 LPGA), l'impotence (*cf.* art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (ancien art. 87 al. 4 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 87 al. 4 RAI s'appliquait également, par analogie, aux prestations de réadaptation et qu'ainsi, lorsqu'une prestation de réadaptation a été refusée, une nouvelle demande ne doit être examinée que si l'assuré rend plausible que la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 109 V 119 consid. 3a). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une

modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées).

Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent. Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 2.2 et les références citées).

La première décision de l'intimé portait uniquement sur le refus de mesures d'ordre professionnel, en réponse à la demande initiale du recourant, qui requérait un reclassement dans une nouvelle profession. Au regard tant de l'intitulé que des motifs de la décision, il apparaît que l'intimé s'est prononcé seulement sur le droit à la mesure de réadaptation mentionnée et non pas sur le droit à une rente d'invalidité.

La deuxième demande du recourant n'est dès lors pas soumise aux conditions d'une révision.

5. Sur le plan médical, le Dr N._____ a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des lombalgies chroniques (discopathies pluri-étagées, arthrose inter-facettaire prédominante L4-L5, hernie discale L4-L5), de l'arthrose du coude droit probablement primaire avec des souris intra-articulaires, une neuropathie sensitivomotrice des nerfs cubitiaux des deux côtés, à prédominance gauche, une gonarthrose débutante au genou gauche, une coxarthrose bilatérale asymptomatique et un hallux valgus bilatéral avec

subluxation des articulations MTP1 (première métatarso-phalangienne). Il a décrit de façon détaillée les diverses affections dont est atteint le recourant et retenu comme limitations fonctionnelles d'exercer un travail sédentaire, sans port de charges de poids supérieur à 2 kg, d'éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, de travailler avec les coudes appuyés sur l'établi, de travailler à genoux ou accroupi, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes et de marcher en terrain irrégulier, de courts déplacements étant possibles. Il a expliqué que l'activité de poseur de sols n'était plus exigible mais que dans une activité respectant ces limitations, il n'y avait pas d'argument restreignant la capacité de travail.

S'agissant des autres rapports médicaux, le Dr N. _____ s'est fondé notamment sur le rapport du 25 août 2010 du Dr W. _____ suite à l'IRM de la colonne lombaire effectuée le même jour, concluant notamment à une hernie discale paramédiane - pré-foraminale L4-L5 gauche comprimant la racine L5 gauche. Il a également cité le rapport du Dr C. _____ du 29 septembre 2011 qui mentionne lors de l'examen neurologique ciblé notamment un tremblement de haute fréquence. Ce praticien pose le diagnostic de probables lésions du nerf cubital au coude bilatéralement à prédominance gauche et propose le port d'une coudière des deux côtés et comme limitation fonctionnelle d'éviter au recourant de s'appuyer en permanence sur ses coudes en position assise ou durant ses travaux. Il n'a pas retenu d'incapacité de travail. Ce diagnostic ainsi que cette limitation fonctionnelle sont retenus par le Dr N. _____. Dans son rapport subséquent du 16 novembre 2012, le Dr C. _____ indique que le recourant a constaté une nette amélioration des dysesthésies et des manques de force au niveau de ses doigts cubitaux à droite sous le port d'une coudière, ce que mentionnait d'ailleurs le Dr N. _____, et que l'examen électro-neurophysiologique du nerf cubital à gauche constate une amélioration de la vitesse de conduction motrice mais aucune amélioration significative au niveau de la vitesse de conduction sensitive. Il a proposé de continuer le port de la coudière et d'éviter tout appui du coude gauche durant les positions assises et les activités de la vie quotidienne sans retenir non plus d'incapacité de travail. Ce rapport,

postérieur à celui du Dr N._____, ne mentionne pas d'aggravation de l'état de santé du recourant mais plutôt une légère amélioration.

Quant au Dr B._____, la maladie congénitale de Baastrup exceptée, il pose les mêmes diagnostics avec effet sur la capacité de travail que le Dr N._____ et les mêmes limitations fonctionnelles, préconisant en outre une alternance des positions assis/debout. Il retient une incapacité de travail totale dans toute activité. Ce rapport laconique est insuffisamment documenté. Il ne donne aucune explication concernant l'appréciation de la capacité de travail. Y était joint un rapport du Dr F._____ qui mentionne des troubles statiques avec de discrets rétrolisthésis pluri-étagés à caractère dégénératif et bascule significative du bassin du côté droit, une disco-spondylarthrose lombaire pluri-étagée et une gonarthrose bilatérale modérée prédominant sur les compartiments tibio-fémoraux internes et plus du côté droit. Ce rapport ne fait donc pas état d'affections susceptibles de modifier les limitations fonctionnelles retenues.

Tant le rapport du Dr B._____ que celui du Dr F._____ ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions du Dr N._____ ni après lui celles du Dr P._____ du 19 juin 2012. C'est d'ailleurs ce qu'a estimé ce dernier lorsqu'il indique que ces rapports médicaux ne modifient pas ses conclusions fondées sur celles du Dr N._____.

Le rapport du N._____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et repose sur un examen approfondi du cas de celui-ci. Exempt de contradictions, son rapport, dont les conclusions sont convaincantes et bien motivées, souscrit aux réquisits de la jurisprudence et a ainsi valeur probante.

Quant à l'hospitalisation volontaire du recourant à l'hôpital de [...] dont il est fait état dans le rapport initial du 7 septembre 2011, le Dr N._____ le mentionne dans son rapport et aussi qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique. On ne saurait donc reprocher à l'intimé une lacune dans l'instruction du dossier.

Il y a ainsi lieu d'admettre que le recourant ne peut plus travailler dans l'activité de poseur de sols mais a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Le recourant estime qu'une appréciation globale de sa situation devrait conduire à admettre une invalidité entière vu son âge avancé, ce que l'intimé conteste.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 [VSI 1998 p. 293] consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au

juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2).

b) En l'occurrence, le Dr N._____ a constaté lors de son examen du 11 juin 2012 que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était entière. Le recourant était alors âgé de 60 ans, soit d'un âge avancé. A cela s'ajoute que l'intéressé devait être opéré d'un hallux valgus et que tel a été le cas un an plus tard comme le mentionne le Dr B._____. Certes, il ne s'agit pas d'une intervention entraînant une incapacité de travail de longue durée. Toutefois, le service de réadaptation de l'intimé a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas possibles avant cette opération dès lors que l'état de santé n'était pas stabilisé. On voit mal dès lors un employeur potentiel engager le recourant à cette même époque. Il ne pouvait donc être engagé au plus tôt qu'à l'âge de 61 ans.

La seule profession que le recourant a exercée longtemps est celle de poseur de sols. Il avait expliqué en 2000 ne plus exercer depuis quelques années déjà la profession de radioélectricien. Quant à l'activité

de chauffeur, on sait uniquement que le recourant a effectué des stages dans le cadre de recherches d'emploi. En ce qui concerne la capacité d'adaptation de l'intéressé, elle apparaît douteuse. En effet, lors de la première demande, il a préféré en 2002, malgré son problème au genou, continuer son activité de poseur de sols plutôt que se soumettre à des mesures professionnelles et ainsi s'adapter à une nouvelle profession.

Il faut également tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant qui sont importantes compte tenu des nombreuses affections dont il est atteint aux membres supérieurs, au dos et aux genoux. On peut d'ailleurs s'interroger sur sa réelle capacité à travailler comme chauffeur, ne serait-ce qu'à cause de ses problèmes aux doigts et au coude.

Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il n'apparaît pas réaliste de retenir qu'un employeur potentiel consentirait objectivement à engager le recourant.

Celui-ci n'ayant pas de capacité de travail dans sa profession depuis 2010 au moins, c'est une rente d'invalidité entière qui doit lui être allouée.

La demande de rente du 2 août 2011 a été enregistrée le 8 août 2011. Le droit à la rente prend dès lors naissance six mois plus tard (art. 29 al. 1 LAI), soit le 1^{er} février 2012.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente d'invalidité entière est versée au recourant dès le 1^{er} février 2012.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente d'invalidité entière est versée à S. _____ dès le 1^{er} février 2012.
- 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour S. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :