

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Pasche, juge et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Montreux,

et

E. _____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 17 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : assuré ou recourant), né en 1960, travaillait pour l'entreprise M. _____, constructions métalliques. Le 29 janvier 2008, il a été victime d'un accident de travail. Son employeur a annoncé le sinistre à son assurance obligatoire contre les accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), le 11 février 2008. Il a décrit l'accident comme suit : « A mis le pied dans un plancher troué et en se retenant s'est fait mal au bras ; il précisait que l'assuré avait subi une luxation de l'épaule droite. La CNA a annoncé le cas à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé), dans le cadre d'une procédure de détection précoce.

Dans un rapport du 11 avril 2008 à la CNA, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de déchirure partielle du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite et probable déchirure partielle de la face inférieure du tendon du muscle sus-épineux post-traumatique de la même épaule. Le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a opéré l'assuré le 2 mai 2008, pour une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire, avec suture à ciel ouvert (protocole opératoire du 5 mai 2008).

Le 28 mai 2008, I. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Invité à remplir un rapport médical par l'OAI, le Dr G. _____ lui a écrit, le 17 juin 2008, qu'il avait revu l'assuré la veille, que l'évolution était favorable et que le patient poursuivait un traitement de réhabilitation. L'affection de l'épaule était « normalisée ». Pour sa part, le Dr R. _____ a indiqué, dans un rapport du 23 juin 2008 à l'OAI, que l'assuré avait signalé la persistance de douleurs post-opératoires, avec forte diminution des mouvements, lors de la dernière consultation le 20 juin 2008.

L'assuré a présenté une complication de déhiscence de la cicatrice post-opératoire à l'épaule droite. Le Dr G. _____ a cautérisé la

plaie le 30 juin 2008. Dans un rapport du 19 août 2008, le Dr R. _____ a attesté une incapacité de travail totale, à réévaluer dans un délai de six mois.

En raison de la persistance des douleurs et d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, l'assuré a séjourné du 25 novembre au 24 décembre 2008 à la L. _____ à [...]. Dans leur rapport du 21 janvier 2009, les Drs B. _____, spécialiste en rhumatologie et H. _____, médecin assistante, ont écrit ce qui suit :

« Appréciation et discussion :

A l'admission, le patient déclare des douleurs au niveau de l'épaule à 2/10 au repos, allant jusqu'à 7/10 aux mouvements, surtout pour la rotation interne. L'application de glace et les médicaments aident pour le moment, mais globalement le patient voit peu d'évolution depuis l'opération. La physiothérapie l'aurait aidé pour améliorer la mobilité de l'épaule.

Au status, on constate une limitation globale de la mobilité de l'épaule droite, tant en actif qu'en passif et des signes pour une possible faiblesse au niveau du muscle sous-scapulaire. Il n'y a pas de signe de dystrophie au niveau de l'épaule et pas de trouble de la sensibilité des membres supérieurs.

La RX de l'épaule droite du 30.01.2008 ne montre pas de fracture. L'IRM de l'épaule du 27.03.2008 montre des arguments pour une déchirure partielle de la partie supérieure du sous-scapulaire, ainsi qu'une tendinopathie du supra-épineux à droite. La radiographie du 16.06.08 de l'épaule droite montre un status après acromioplastie.

Des radiographies de contrôle des deux épaules du 27.11.2008 montrent des structures osseuses normales et une calcification millimétrique en regard de l'extrémité de l'acromion face externe droite. L'IRM de l'épaule droite du 03.12.2008 présente quelques artéfacts dus au status postopératoire, mais il n'y a pas de signe d'abcès ou d'infiltration. On constate une légère atrophie du supra-épineux qui ne remplit pas tout à fait sa loge. Il n'y a pas de lésion de la coiffe des rotateurs, ni du long chef du biceps.

M. I. _____ a été présenté à notre consultant orthopédiste spécialiste de l'épaule, qui conclut à un bon résultat postopératoire, un bon pronostic et propose une physiothérapie pour le renforcement des abaisseurs et décoaptation de la tête humérale. Vus les antécédents de M. I. _____ (l'infection orbitaire gauche), il ne propose pas d'infiltration de l'épaule.

Un consilium psychiatrique est réalisé dans le cadre du bilan multidisciplinaire, qui ne retient pas de psychopathologie notoire, mais révèle un sentiment d'insécurité encore présent, chez un patient pas rassuré par le discours médical. Ainsi, il pense avoir toujours un risque de récurrence de complication au niveau de son épaule.

Dans ce contexte, nous avons expliqué à M. I. _____ les résultats de l'imagerie. Ni ces résultats, ni l'avis positif du consultant orthopédiste n'ont réussi à rassurer le patient.

Il a été pris en charge en physiothérapie individuelle et en groupe, où il a fait preuve de ponctualité, mais aussi d'autolimitations. En fin de séjour, il déclare n'avoir remarqué aucune amélioration de ses capacités physiques. Objectivement, il n'y a pas de progrès fonctionnel de l'épaule droite et le patient présente beaucoup d'incohérences (par exemple, la force à la sortie est moindre qu'à l'entrée pour les deux bras, ce qui ne peut pas être expliqué par des raisons objectives). Dans ce contexte, il n'y a pas d'indication à une poursuite ambulatoire de la physiothérapie, mais le patient a des exercices à effectuer à domicile.

A noter que le bilan de laboratoire n'a pas montré de syndrome inflammatoire.

Concernant l'oeil gauche, une pose de prothèse oculaire sera effectuée le 26.12.2008 à [...].

En résumé, il s'agit d'un patient travaillant comme opérateur dans la construction métallique, qui présente des lésions de la coiffe des rotateurs à droite, suivie par une réparation chirurgicale avec acromioplastie, qui s'est compliquée par une infection locale postopératoire. Dans le contexte des douleurs persistantes empêchant la reprise de travail, le patient nous est adressé pour un bilan multidisciplinaire. Le résultat postopératoire est bon, avec un bon pronostic selon avis de notre consultant orthopédiste, avis basé sur l'examen clinique et l'imagerie (radiographies et IRM de l'épaule droite). M. I. _____ n'est néanmoins pas rassuré par nos explications. Les mesures de physiothérapie ne permettent pas une amélioration notable de la mobilité de l'épaule droite. Dans ce contexte, une poursuite ambulatoire de la physiothérapie n'est pas indiquée.

Sur le plan professionnel, le patient déclare aimer retourner au travail le plus vite possible. Le gestionnaire du cas devrait prendre contact avec l'employeur, pour discuter d'une éventuelle adaptation du travail. Initialement, des limitations devraient être respectées par rapport aux mouvements répétitifs avec les bras au-dessus de la tête, des mouvements répétitifs de force avec le bras droit et de ports de charges lourdes. Dans le contexte mentionné plus haut, la reprise pourrait être difficile.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE
D'OPERATEUR DANS LA CONSTRUCTION METALLIQUE :

100% du 25.11.2008 au 24.01.2009, puis à réévaluer par le médecin-traitant.

[...]».

Dans le rapport de consilium psychiatrique réalisé à la L. _____ le 27 novembre 2008, le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment écrit ce qui suit :

« [...]

Du point de vue psychologique, le patient n'a pas de plaintes spécifiques, mais exprime un sentiment d'insécurité, n'étant plus très

rassuré par les discours médicaux ; ainsi pour son épaule, il a l'impression qu'un corps étranger est encore présent à ce niveau.

A l'observation, on est face à un homme vigile et orienté, sans troubles attentionnels ni mnésiques. La thymie globale est maintenue et se module assez bien selon les sujets évoqués. Il n'y a ainsi pas de signes orientant vers un trouble dépressif. Le niveau d'anxiété est assez élevé, alimenté par une certaine insécurité face au discours médical. Il arrive cependant à percevoir une amélioration globale et à se projeter dans l'avenir. Du point de vue professionnel, au vu des limitations de l'épaule, il doute de la possibilité de reprendre son emploi actuel mais espère bien trouver un emploi mieux adapté, au sein même de son entreprise.

Discussion

Il s'agit donc d'un patient de 48 ans victime d'un accident avec lésion au niveau de l'épaule. Il y a cependant eu visiblement une complication infectieuse au niveau de la cicatrice ainsi qu'une infection au niveau de la face et de l'orbite gauche chez un patient énuclé depuis l'enfance.

Du point de vue psychiatrique, je ne retiens pas de psychopathologie notoire mais relèverai un sentiment d'insécurité encore présent, chez un patient pas encore rassuré par le discours médical ; ainsi, il pense avoir encore un risque de récurrence de complications au niveau de son épaule. Des mesures réitérées d'explications et de réassurances paraissent ici particulièrement indiquées.

[...] ».

Le 17 mars 2009, le Dr Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a procédé à un examen clinique de l'assuré, lors duquel ce dernier lui a notamment fait part de douleurs persistantes à l'épaule droite, irradiant dans la nuque avec sensations d'énervement. Les symptômes étaient variables. Il souffrait notamment de douleurs insomniantes, la nuit, et de sensations de vertige lorsqu'il se couchait. Par ailleurs, il se plaignait de douleurs rétro-auriculaires gauches avec irradiation dans la nuque, ainsi que de douleurs de l'épaule gauche irradiant dans le bras. Objectivement, le Dr Q._____ a constaté que l'épaule droite était modérément démusclée ainsi que limitée en flexion, abduction, extension et dans les rotations. Par contre, la force de rotation externe active contre résistance était bien conservée, traduisant une bonne fonction de la coiffe. Les rotateurs internes paraissaient affaiblis. Il y avait une diminution de la force de serrage de la main droite, mais qui s'était nettement améliorée par rapport à l'examen pratiqué en septembre 2008. L'amyotrophie mesurée au bras et à l'avant-bras était très modérée. La situation était

stabilisée d'un point de vue asséculoologique. L'activité comme opérateur de constructions métalliques n'était plus exigible ; en revanche, toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs était exigible sans limitation de temps ni de rendement. Finalement, le Dr Q._____ proposait de constater un taux d'atteinte à l'intégrité de 15% correspondant à une épaule enraidie, conservant une mobilité jusqu'à l'horizontale (rapport du 17 mars 2009).

Le 23 septembre 2009, l'employeur a résilié le contrat de travail qui le liait à l'assuré, avec effet au 31 décembre 2009, au motif qu'il ne pouvait pas lui procurer une activité adaptée à son état de santé.

Le 5 novembre 2009, I._____ a consulté le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a notamment exposé ce qui suit, dans une lettre du 6 novembre 2009 au Dr P._____, médecin traitant de l'assuré :

«[...] Je ne reviendrai pas sur les détails du cas, que vous décrivez très bien dans votre courrier. En résumé, le patient a été opéré en janvier 2008 par le Dr G._____ pour une rupture de coiffe de l'épaule droite. Il s'en est suivi une infection qui a créé un problème, de ce que j'ai cru comprendre par le patient, un sepsis avec de multiples infections récurrentes par la suite. De façon plus localisée, l'épaule a continué à lui faire mal, et de plus, est limitée dans la fonction. Vous me l'adressez pour avis.

Le status local montre une épaule calme, par contre avec une limitation conséquente de la fonction articulaire, en particulier des mouvements combinés main-nuque main-lombe impossibles, et des tests de conflit positifs en abduction-rotation externe et rotation interne. Les RX standards ne montrent rien de bien particulier, si ce n'est une petite calcification. L'IRM de décembre 2008 ne montre pas de nouvelle atteinte de la coiffe des rotateurs, ni de diminution de l'espace sous-acromial.

En résumé, je pense qu'il s'agit donc probablement d'un status adhérentiel en relation avec les problèmes septiques postopératoires, qui actuellement limitent la fonction articulaire, et occasionnent des douleurs.

En ce qui me concerne, j'avoue que compte tenu des problèmes infectieux, je n'oserais pas y retourner sur le plan chirurgical. Comme je l'ai expliqué au patient, je pense qu'il y a plus de risques de nouvelles complications que de chances de l'améliorer. On peut éventuellement adresser le patient à un service universitaire. Je suis

malheureusement aux regrets de ne pas pouvoir vous aider dans la prise en charge de ce cas compliqué. [...]».

A la suite de cet examen, le Dr Z. _____ a adressé l'assuré au Centre hospitalier V. _____ (ci-après : V. _____), où le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'a examiné le 7 janvier 2010, après avoir fait réaliser une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans un rapport médical du 12 janvier 2010 au Dr P. _____, le Dr S. _____ a diagnostiqué une tendinopathie du sus-épineux sur status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromio-plastie et résection de la clavicule distale et status post infection profonde post-opératoire. Il a écrit ce qui suit :

« Evolution :

L'évolution est stagnante avec persistance des douleurs de l'épaule droite à la mobilisation mais également au repos. Le patient vient ce jour pour le résultat de son arthro-IRM de l'épaule droite. Une tentative de ponction de l'épaule a été faite dans le même temps que l'examen radiologique. Compte tenu de l'absence de liquide intra-articulaire, l'examen bactériologique n'a pu être fait.

Status :

Inchangé avec une amyotrophie globale. [...]

Radiographie :

Arthro-IRM : tendinopathie du sus-épineux qui est néanmoins en continuité. Tendon infra-épineux et sous-scapulaire également en continuité. Status post tenotomie versus tenodèse du long chef du biceps. Status post résection de la clavicule distale.

Attitude :

Le patient présente des douleurs chroniques de type inflammatoire avec à l'examen IRM une coiffe en continuité, mais dégénératif. Même si l'on ne peut exclure une infection à 100%, cette dernière me semble peu probable, compte tenu de l'absence d'épanchement intra-articulaire. Je ne retiens donc pas d'indication à une reprise chirurgicale et propose de réinstaurer un traitement de physiothérapie. La physiothérapie sera dans un premier temps uniquement à but antalgique avec une mobilisation douce de l'épaule en piscine accompagnée de massages et de relaxation. (...) Pour l'avenir, une activité professionnelle nécessitant une mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, les mouvements répétitifs ou des travaux d'intensité lourde à moyenne me semblent compromis.

[...]».

Dans un courrier du même jour à l'avocate de l'assuré, le Dr S. _____ a écrit ce qui suit :

«Maître,

Le patient susmentionné a été opéré d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de la clavicule distale. Les suites opératoires ont été marquées par une infection profonde traitée par antibiothérapie. Le patient garde des douleurs chroniques de l'épaule droite qui l'empêche[nt] de faire des activités manuelles moyenne[s] à lourde[s]. Il est également dans l'impossibilité de pratiquer des activités nécessitant une mobilisation de son épaule au-dessus du buste ou nécessitant des mouvements répétitifs.

[...] ».

Dans un rapport du 15 mars 2010 à l'OAI, le Dr P._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit sur status post réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de la clavicule distale, compliquée d'une infection post opératoire profonde traitée par antibiothérapie. L'assuré se plaignait de la persistance de douleurs scapulaires bilatérales surtout à droite, avec cervicalgies, céphalées, vertiges et bourdonnements d'oreilles, d'une baisse de la force musculaire avec sensation de brûlures aux membres supérieurs après un effort. Il faisait également état de douleurs intenses à la mobilisation des deux épaules surtout à droite, ainsi qu'au repos. Les douleurs étaient aussi bien nocturnes que mécaniques. Le Dr P._____ a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité, au motif que l'assuré ne pouvait pas utiliser les membres supérieurs, « même dans une activité adaptée ». Il a communiqué à l'OAI divers documents médicaux, dont un rapport du 26 février 2010 du docteur S._____, posant le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit, et décrivant notamment ce qui suit:

« [...] **Discussion:**

Le patient présente une évolution stagnante malgré un traitement de physiothérapie combiné à sec et en piscine, je demande un avis spécialisé par l'équipe de réhabilitation de l'Hôpital Orthopédique. J'organise un rendez-vous à la consultation du Dr Z._____ début mai 2010 pour évaluation et prise en charge. Dans l'intervalle, le patient continue son traitement antalgique instauré et reste à 100% d'arrêt de travail. Pour le futur, tout travail manuel lourd me semble contre-indiqué. Je n'ai pas prévu de revoir le patient à ma consultation. [...] »

Le Dr Z._____, médecin praticien, a examiné l'assuré le 4 mai 2010. Dans un rapport du même jour, il a exposé notamment ce qui suit:

« **Diagnostics:**

- Tendinopathie chronique du sus-épineux ddc [des deux côtés].
- Status après réparation de la coiffe des rotateurs avec acromioplastie et résection de la clavicule distale le 02.05.2008, compliquée d'une infection profonde en post-opératoire.
- Déconditionnement musculaire.

Votre patient a été victime d'un traumatisme le 29.01.2008 avec une lésion de la coiffe des rotateurs qui sera traitée chirurgicalement le 02.05.2008. Malheureusement, environ 1 mois après, apparition d'un écoulement avec infection qui nécessitera 6 jours de prise en charge hospitalière à l'Hôpital de Monthey. Un traitement physiothérapeutique est effectué par la suite. Le patient a séjourné à la CRR fin 2008 où on aurait, selon ses dires, conclu qu'une nouvelle activité professionnelle devrait être envisagée et qu'il ne pourrait pas retourner à son ancienne activité. Un avis orthopédique est pris ici à l'Hôpital Orthopédique en novembre 2009, vu la persistance des douleurs. Une arthro-IRM est effectuée faisant évoquer surtout une tendinopathie dégénérative et inflammatoire. Une ponction de l'épaule a eu lieu excluant une infection profonde. Un traitement physique est proposé fait en piscine à [...], mais le patient n'a pas noté de grand changement. Dans ce contexte, Monsieur I. _____ m'est adressé pour prise en charge.

Plaintes actuelles:

Epaule droite: Persistance des douleurs avec impotence fonctionnelle. Tout travail au-dessus de l'horizontale est décrit comme impossible.

Décompensation au niveau cervico-scapulaire avec des douleurs irradiant au niveau de la nuque. Il signale aussi des mêmes gênes apparaissant maintenant à gauche avec une limitation fonctionnelle un peu moins importante.

[...]

Appréciation:

Votre patient présente donc des douleurs au niveau des épaules dans le contexte d'une tendinopathie chronique. Malheureusement à droite une infection avait compliqué l'intervention chez un patient présentant des faiblesses de la coiffe des rotateurs sans signe de capsulite actuellement.

Ici la poursuite du traitement conservateur devrait permettre d'améliorer un peu la fonction, mais je crains que nous intervenions un peu tard dans ce contexte pour obtenir un résultat mirobolant. L'échec à la clinique de réadaptation de la SUVA ne me laisse guère d'espoir à long terme en ce qui concerne la disparition de la symptomatologie. En effet, M. I. _____ reste très fixé sur ses douleurs.

Concernant l'épaule gauche qui présente une décompensation de la coiffe des rotateurs en raison d'un surmenage secondaire au problème droit, elle devrait aussi répondre à un traitement physique, mais cette fois-ci avec des exercices réguliers ».

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule gauche, pratiquée le 9 juin 2010 par le Dr X._____, radiologue, a mis en évidence une discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial (bec sous-acromial antérieur, réalisant un acromion de type III), ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse distale du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie (rapport du 10 juin 2010 du Dr X._____).

Dans un avis médical du 19 juillet 2010, le Dr C._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré qu'un travail n'imposant pas d'activité avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, ni le port de charges, des mouvements répétitifs ou en force avec les membres supérieurs, et ne requérant pas une grande précision avec une vision binoculaire, était exigible à 100% depuis le mois de mars 2009.

Le 20 juillet 2010, le Dr Z._____ a écrit au Dr P._____ pour l'informer d'une situation stationnaire, malgré la physiothérapie. Il a précisé ce qui suit :

« On a beau expliquer à M. I._____ l'absence de dangerosité, ceci ne change rien. Le patient est convaincu que le problème est ailleurs. Dans ce contexte, je ne vois pas l'utilité de poursuivre le traitement physique actuellement. Peut-être qu'on peut l'aider avec des anti-inflammatoires, plutôt retard, et le patient viendra chez vous pour en discuter. Nous terminons ici notre prise en charge, mais une nouvelle prise en charge pourrait être envisagée d'ici 3 mois ».

Par projet de décision du 18 août 2010, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009. En substance, l'OAI a retenu que l'assuré avait présenté une capacité de travail et de gain nulle dans toute activité, puis qu'à compter du 17 mars 2009, soit à la date du rapport du Dr Q._____, il avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, le droit à la rente

entière s'éteignant dès lors trois mois plus tard, I._____. I._____ a contesté ce projet de décision le 26 août 2010.

Le 29 septembre 2010, le Dr P._____ a adressé un rapport médical à l'OAI, dans lequel il a résumé l'évolution de la situation depuis l'accident. Il a notamment indiqué:

«[...] Parallèlement et depuis février 2010, le patient présente des douleurs de l'épaule gauche avec des signes de conflit sous-acromial. L'IRM de l'épaule gauche, en date du 09.06.2010, a montré une discrète bursite sous deltoïdienne en relation avec un conflit sous-acromial (bec sous-acromial antérieur réalisant un acromion de type III et une petite déchirure trans-tendineuse du sus-épineux). Des séances de physiothérapie n'ont pas eu l'effet escompté.

Aussi, le patient est adressé au Professeur Farron à l'Hôpital Orthopédique [...]. Le rendez-vous est pris pour le 23.11.2010.

[...]

En conclusion, le patient présente des douleurs de l'épaule droite post-traumatiques et un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. [...] ».

Le 18 octobre 2010, le Dr C._____ a maintenu son point de vue relatif à l'exigibilité d'une activité adaptée, considérant que le courrier du Dr P._____ n'apportait aucun élément médical nouveau et précisant que l'avis SMR de juillet 2010 tenait déjà compte des atteintes aux deux épaules, ce qui justifiait une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure, l'assuré présentant des séquelles soit en terme de mobilité soit en terme de douleurs, lesquelles ne devaient toutefois pas empêcher l'assuré l'exercice à temps complet d'une activité adaptée.

Par décision du 26 octobre 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009.

B. Le 25 novembre 2010, I._____, par son conseil, a interjeté un recours de droit administratif auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 26 octobre 2010. En substance, il a conclu au maintien du droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 juin 2009, sous suite de frais et dépens. Il a requis un complément d'instruction par le Tribunal, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique).

Par arrêt du 28 janvier 2013, la Cour de céans a rejeté le recours. Elle a en substance retenu qu'au plan somatique, le rapport médical du Dr Q. _____ du 17 mars 2009 était probant, de sorte qu'il convenait de suivre ses conclusions. Elle a ainsi retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité professionnelle mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr Q. _____, à savoir toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs et ceci sans limitation de temps ni de rendement. La Cour a précisé que l'évolution postérieure à ce rapport ne modifiait en rien cette appréciation, l'intimé ayant à juste titre considéré que les atteintes à l'épaule gauche n'entraînaient pas, en 2010, de limitations supplémentaires par rapport à celles constatées par le médecin d'arrondissement de la CNA, comme cela ressortait des avis de juillet et octobre 2010 du Dr C. _____ du SMR. Au plan psychiatrique, la Cour a considéré qu'il n'y avait pas lieu de constater une incapacité de travail et qu'un complément d'instruction n'était pas nécessaire, relevant en particulier que le consilium psychiatrique effectué par le Dr W. _____ en novembre 2008 n'avait pas conduit à retenir de diagnostic psychiatrique ni à une prise en charge spécifique.

C. Le 19 avril 2011, I. _____ a déposé un recours contre une décision sur opposition rendue le 25 mars 2011 par la CNA, qui lui allouait une rente fondée sur un taux d'invalidité de 11% dès le 1^{er} janvier 2011 ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%. La CNA n'a pas pris en considération les atteintes à l'épaule gauche du recourant pour fixer le droit aux prestations, au motif qu'elles n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 29 janvier 2008. I. _____ a conclu sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 17%, compte tenu notamment des atteintes aux deux épaules dont il souffrait.

Par arrêt du 28 janvier 2013, la Cour de céans a rejeté le recours, confirmant ainsi la décision attaquée.

D. Le 21 décembre 2012, I._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, à l'appui de laquelle il a indiqué souffrir de douleurs aux épaules et de troubles psychiques.

Dans un rapport médical du 8 janvier 2013 à l'OAI, le Dr P._____ a attesté que son patient présentait un trouble anxieux phobique avec agoraphobie. Il a précisé qu'à la suite de la chronification des scapulalgies bilatérales en 2008, l'assuré présentait depuis une année environ des troubles psychiques de type anxiété et agoraphobie avec crainte de quitter le domicile, peur de la foule et des grandes surfaces, avec une sensation de coton dans les jambes, ce qui le poussait à des conduites d'évitement. Le médecin expliquait que son patient avait dès lors été adressé au Dr X._____, psychiatre à [...], qui a prescrit un traitement à base de neuroleptique et d'antidépresseur associés à une psychothérapie. Le Dr P._____ a attesté une incapacité de travail totale dans toutes activités, l'assuré ne pouvant notamment pas sortir seul.

Dans un avis médical du 6 juin 2013, le Dr K._____, médecin au SMR, a écrit que le rapport du Dr P._____ du 8 janvier 2013 contenait des éléments de fait nouveaux (en particulier le fait que l'assuré présentait des troubles psychiques depuis une année environ et qu'il était suivi par un psychiatre) à même de justifier une instruction.

Sur demande de l'OAI, le Dr P._____ lui a remis, le 27 juin 2013, un rapport médical. Il y a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies droites, status post réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2008, scapulalgies à gauche sur tendinopathie du sus-épineux compatible avec une déchirure partielle depuis 2010, un urticaire chronique depuis 2011 ainsi que des troubles anxieux et phobiques avec agoraphobie depuis 2012. Sans effet sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de status post cure de hernie inguinale gauche récidivante suivie d'une syncope vasovagale le 29 avril 2013 et une hypertension artérielle ainsi qu'une hypercholéstérolémie, toutes deux traitées. Il a attesté que son

patient était totalement incapable de travailler dans sa dernière activité d'ouvrier d'usine, et ce depuis le 29 janvier 2008, et qu'il ne pouvait exercer aucune activité lucrative. Son patient présentait des limitations fonctionnelles aux deux épaules, était limité en ce qui concernait le port de charges et avait une capacité de résistance restreinte. Dans l'anamnèse, le Dr P. _____ a rappelé qu'au plan somatique, son patient présentait, depuis l'accident de 2008, également des douleurs à l'épaule gauche évoluant crescendo pour devenir intenses en juin 2010 et qu'une IRM pratiquée le 9 juin 2010 sur cette épaule avait montré une discrète bursite sus-deltaïdienne en relation avec un conflit sous acromial, et que des séances de physiothérapie n'avaient pas eu l'effet escompté. Il a expliqué que par la suite, son patient avait été vu par le Dr [...], puis par les Drs [...] et [...] qui n'avaient pas retenu d'indication chirurgicale au vu de l'atteinte modérée de la coiffe des rotateurs. Le 7 octobre 2011, son patient avait été adressé au Dr N. _____ du centre de la douleur de [...] qui avait sollicité l'avis du Dr J. _____, orthopédiste à [...]. Une évaluation avec EMG (électromyographie) par le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, avait été pratiquée le 9 avril 2012 qui n'avait pas permis de déterminer l'origine des cervico-brachialgies. S'agissant de l'état de santé psychique, le médecin a réitéré ses explications contenues dans son précédent rapport du 8 janvier 2013. Le Dr P. _____ a encore constaté ce qui suit :

« Constat médical :

Sur le plan somatique : épaule droite : hypotrophie marquée de la masse musculaire du sus-épineux et un peu moins du sous-épineux. Palpation douloureuse dans tous les points osseux. Limitation du mouvement en hauteur du bras droit à 80° et des rotations externes et interne d'environ 10°. Epaule gauche : limitation fonctionnelle dans l'abduction et la surélévation à 90°.

Sur le plan psychique : humeur dépressive. Ralentissement psychomoteur. Trouble de la concentration et de la mémoire ».

Le Dr P. _____ a joint à son envoi à l'OAI plusieurs rapports médicaux de confrères, en particulier :

- Un rapport du 31 janvier 2012 du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur,

adressé au Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, dont il ressort ce qui suit :

« Appréciation et proposition : on fait face ici à une épaule droite qui ne fonctionne pas normalement. L'hypotrophie quand même assez marquée des composantes supérieures et postérieures de la coiffe des rotateurs témoignent du fait que le patient doit ménager son épaule. De l'autre côté, la musculature est par contre excellente pour ce groupe d'âge et je ne trouve cliniquement pas de pathologie à ce niveau-là. Pendant mon examen, il y a des signes clairs d'aggravation et c'est surtout aussi des douleurs, voire leur répartition et surtout des douleurs du côté gauche qui ne sont, du point de vue orthopédique, pas vraiment explicables. A condition que l'interprétation du Dr [...] [spécialiste en radiologie] soit correcte, ce dont je suis en principe convaincu, il n'y a pas de pathologie mécanique très importante, ni à l'épaule droite, ni à l'épaule gauche. La douleur pourrait éventuellement s'expliquer par un conflit sous-acromial en raison d'une réhabilitation insuffisante de cette épaule, le fait que le patient accuse des douleurs et aggrave sa souffrance partout limite de manière importante la recherche de l'origine du problème. Le DD pourrait éventuellement correspondre à un problème autour de la racine de C5, voire l'hypotrophie musculaire et la douleur auraient leur origine au niveau de la colonne cervicale. Pour mettre ceci au clair, une première évaluation avec EMG par un neurologue me semblerait plus judicieux car je crains qu'une IRM ne mette en évidence beaucoup de dégénérescences. Au cas où l'EMG serait positif, on pourrait alors toujours aller évaluer la racine par une IRM. Je propose de soumettre le patient à un traitement avec Compex qui s'adresse à la musculation du sus-épineux et surtout du sous-épineux et petit rond à droite. Je ne vois pas d'indication opératoire au niveau de l'épaule parce que je ne saurais pas quoi opérer ».

□ Un rapport du 10 février 2012 des Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et [...], médecin-assistant, qui ont posé le diagnostic d'urticaire chronique.

□ Un rapport du 9 avril 2012 du Dr F._____, adressé au Dr P._____, dont il ressort ce qui suit :

« Appréciation :

[...] Depuis [l'accident] les scapulalgies sont intenses et se prolongent sur la nuque et même l'ensemble du scap, ainsi que dans la région deltoïdienne. Elles s'accompagnent d'une perte de force et d'une baisse de sensibilité intermittente. L'examen neurologique est peu contributif dans la mesure où le testing musculaire ne fait guère ressortir - à droite - que des lâchages de tous les groupes musculaires, aussi bien proximale que distalement. Un élément rassurant, cependant, la bonne conservation de la force, lorsque l'on peut tester simultanément les deux côtés. Sur le plan sensitif, le déficit intéresse

l'ensemble des territoires radiculaires et tronculaires du membre supérieur droit, débordant sur l'hémithorax. A nouveau, les déficits ne peuvent être valorisés dans la mesure où il respecte la ligne médiane, ce qui ne correspond pas à une distribution anatomique. On note, par ailleurs, des signes de non-organicité selon Waddel. L'exploration à l'aiguille ne fait pas ressortir de signe de dénervation aiguë ni ancienne dans le myotome C5 droit.

Sur le plan strictement neurologique, les examens clinique et électromyographique ne donnent aucun argument pour une atteinte radiculaire ou tronculaire sous-jacente, susceptible d'expliquer les plaintes de ce patient ».

- Un rapport du 22 mai 2012 du Dr [...], spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie, qui a posé le diagnostic d'urticaire chronique et expliqué ce qui suit :

« Rappel anamnestique :

Je revois M. I. _____ quelques mois après son hospitalisation à [...] pour une poussée importante d'urticaire. Cette poussée avait pu être jugulée par la prise de Prednisone et selon un schéma dégressif et surtout un traitement de [...] à raison de 3 comprimés par jour. Les AINS avaient été incriminés comme cause possible à cette urticaire mais aucun test de provocation n'a pu être effectué, le patient étant systématiquement sous antihistaminiques depuis.

Une semaine après arrêt du [...] il y a environ un mois, le patient a récidivé son urticaire. Dans ce contexte, vous avez repris le traitement de [...] à schéma dégressif et de [...]. Actuellement, sous Xyzal 2 cpr/jour, il n'a aucun symptôme.

[...]

Status :

Pas de lésion urticarienne actuellement.

Discussion et attitude :

Votre patient a donc présenté une récurrence d'urticaire dans la semaine suivant l'arrêt des antihistaminiques. Actuellement, il est à nouveau au bénéfice d'un traitement de [...], tout à fait efficace à la dose de 2 cpr/jour.

Vous me demandez de discuter l'indication à introduire un traitement de Sinqvan ou de ciclosporine. Selon notre discussion téléphonique de ce jour, je vous propose pour l'instant de poursuivre avec le traitement de [...], qui est bien toléré, dépourvu d'effet secondaire chez ce patient et, de plus, efficace à une dose modérée de 2 comprimés par jour.

En cas de résistance de l'urticaire au [...] ou en cas d'intolérance à ce traitement, on pourrait introduire du [...]. Cependant, ce traitement, en association au Tramal pourrait être associé à un risque de syndrome hypersérotoninergique (probablement moins que les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine).

J'ai proposé au patient d'éviter autant que possible les AINS, cependant s'il doit prendre du Voltaren en raison des douleurs, il notera si cette prise médicamenteuse est associée à des poussées d'urticaire. Comme il n'a jamais présenté d'asthme ou d'autres manifestations compatibles avec une anaphylaxie lors de la prise fréquente de ces médicaments, le risque est faible.

S'il s'avère qu'il existe un lien entre les AINS et l'urticaire, je suis à disposition pour tester une alternative.

En cas de persistance de l'urticaire et d'impossibilité de sevrer les antihistaminiques d'ici 6 à 9 mois, je revois volontiers votre patient afin de rediscuter cette prise en charge ».

- Un rapport du 18 juillet 2012 du Dr N._____ au Dr P._____ qui relevait que la situation évoluait bien, avec la réponse du Dr J._____ qui était rassurante sur le plan du status local des deux épaules et celle du Dr F._____ qui permettait d'exclure une origine cervicale aux douleurs actuelles ; le diagnostic à poser était donc uniquement celui de douleurs séquellaires de sensibilisation du système nerveux ce que le Dr N._____ avait (ré)expliqué au patient. Le traitement à prévoir pour ce type de douleurs appelé à durer était essentiellement médicamenteux.

- Un rapport du 2 mai 2013 des Drs [...] et [...], indiquant que l'assuré a été opéré d'une hernie inguinale gauche récidivante le 29 avril 2013 (1^{ère} opération en 1992), avec des suites opératoires simples et afébriles, de sorte qu'il a pu rentrer chez lui le lendemain.

- Un rapport du 7 mai 2013 des Drs [...] et [...] dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé pour un malaise avec perte de connaissance, le diagnostic posé étant celui de syncope vasovagale. Il a pu rentrer chez lui le jour même vu la bonne évolution clinique.

Sur demande de l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, travaillant auprès de la Fondation [...], a remis un rapport médical le 13 juin 2013. Il a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère (F43.2), trouble

somatoforme avec somatisations (F45), modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) chez une personne avec probable autre trouble de la personnalité (type psychotique) préexistant (F60.8), un status post opératoire compliqué de sepsis généralisé suite à des déchirures ligamentaires de l'épaule ayant entraîné une menace vitale en 2008, avec cervico-brachialgies résiduelles. Il a précisé que ces atteintes existaient dès 2008 et que le trouble de la personnalité était antérieur. Il a de plus attesté un urticaire chronique depuis 2011 et une agoraphobie depuis 2012. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le Dr X. _____ a fait état d'une énucléation accidentelle d'un œil dans l'enfance et a renvoyé aux rapports du médecin traitant pour le surplus. Le Dr X. _____ a encore exposé ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels) :

Patient adressé en mai 2011 par son médecin traitant dans un contexte de symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et retrait régressif à domicile avec symptômes psychotiques (perplexité, mélancolie) qui est apparu plusieurs mois avant mai 2011 dans les suites de complications somatiques vécues comme graves d'un accident touchant son épaule droite en 2008. Le patient n'a pas pu reprendre le travail depuis son accident. Cet accident et ses complications vécues comme potentiellement mortelles font lien avec l'accident d'enfance qui a conduit à la perte de son œil et que sa mère a toujours évoqué avec beaucoup d'angoisse et de tristesse.

Un traitement psychiatrique intégré avec médication antidépressive a été initié et a dû être augmenté. La persistance de difficultés de sommeil et d'angoisses diurnes puis l'apparition en 2012 de verbalisation d'idées persécutives et d'intrusion ont motivé l'introduction d'un traitement neuroleptique complémentaire. Cependant ces introductions se sont révélées impossibles à plusieurs reprises en raison d'intolérance et/ou effets secondaires marqués aux différents médicaments proposés ([...]), puis du refus catégorique du patient par crainte de nouveaux effets secondaires. Les entretiens psychiatriques mensuels et les bilans de réseau semestriels n'ont pas permis de changement.

Actuellement le patient reste avec des moments de perplexité fréquents, des vécus d'intrusion par l'altérité (bruit en particulier), des angoisses de mort, sans hallucination, avec des douleurs constantes malgré une prise régulière du traitement médicamenteux antalgique et antidépresseur. Il vit la majorité du temps reclus à domicile. Il n'a cependant plus d'idées suicidaires. Il est très entouré par sa famille qui comprend et accepte sa maladie.

Constat médical :

Patient chroniquement aux prises d'angoisses de type psychotique qui était de plus sévèrement déprimé en 2011. La thymie s'est améliorée au bénéfice de la titration du traitement antidépresseur mais a révélé un fonctionnement psychotique sous-jacent. C'est celui-ci qui s'est trouvé décompensé par la réalité de l'accident subi en 2008 et de ses complications post-opératoires qui ont été vécues comme mortelles par le patient et sa famille, ce qui s'est figé de façon traumatique inélaborable, réactualisant l'accident d'enfance ayant conduit à son énucléation et le souvenir d'une mère affectée par la maladie de son fils. M. I._____, malgré un traitement régulier et une bonne participation au traitement proposé, n'a pas présenté d'évolution de ses angoisses qui restent envahissantes en lien avec ses douleurs insoulagées. Par ailleurs, il a eu plusieurs nouveaux troubles somatiques invalidants (urticaire chronique d'origine indéterminée, hernie inguinale). Le patient reste convaincu que l'origine de ses douleurs est liée à un/des corps étrangers résiduels dans ses épaules et que seule une opération pourrait le soulager, origine et opération récusées par les nombreux chirurgiens qu'il a rencontré. Il reste dans un sentiment d'injustice et d'incompréhension à son égard.

Pronostic :

Défavorable. Le patient est complètement anosognosique des aspects psychiques de ses troubles qui ne sont médiatisés que par une expression corporelle de douleur permanente. Il n'a ni désir, ni intérêt, ni capacité pour une élaboration de ses troubles, ni pour une approche thérapeutique familiale. Ni lui ni sa famille n'apparaissent prêts psychologiquement pour de telles démarches.

Nature et importance du traitement actuel :

Traitement psychiatrique intégré en réseau avec rendez-vous mensuel et bilan semestriel avec le médecin traitant.

Médication actuelle :

[...], [...], médication antalgique et autre somatique ([...], ... cf. médecin traitant).

Recommandation pour la future thérapie :

Poursuite de la médication antidépressive et anxiolytique ainsi que suivi par médecin traitant, vu l'incapacité psychique actuelle ».

Le Dr X._____ a attesté une incapacité totale de travail de l'assuré depuis le 24 mai 2011, date où il a commencé à le suivre. Pour le surplus, il a précisé ce qui suit : « l'incapacité de travail antérieure au 24.05.2011 est établie par le médecin traitant, merci de s'y référer ».

Le Dr X._____ a de plus fait état des limitations fonctionnelles psychiatriques suivantes :

- A.1. difficultés relationnelles ressenties par le sujet (se sent rapidement débordé/envahi par l'extérieur et en particulier dans la rue ou les commerces où la foule est particulièrement présente) ;

- A.2. hostilité ou agressivité (peut se montrer très sensible au bruit et vite intrusé à domicile ce qui le rend très irritable) ;
- A.4. difficultés dans la gestion des émotions (patient et sa famille décrivent des difficultés à sortir de chez lui non accompagné, sorties qu'il limite à 5-10 minutes maximum, sans quoi il téléphone par angoisse à son épouse ;
- A.5. apragmatisme (la famille décrit une tendance à rester dans le canapé du salon, son épouse et sa fille se chargeant de toute l'intendance familiale) ;
- A.8. difficulté d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne (est beaucoup soutenu par sa famille) ;
- A.10. Difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (Le patient a encore besoin de longs moments de repos diurne mais est tout de même plus vigile qu'en mai 2011 où il dormait pratiquement 20h/24) ;
- A.11. Difficultés d'organisation du temps (apparemment soutenu par la famille) ;
- A.12. Difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement (anosognosie complète de la part psychique de sa souffrance) ;
- A.13. Hypersensibilité au stress (source d'angoisses majeures) ;
- A.14. Apparition périodique de phases de décompensation (sous forme d'exacerbations somatiques). La décompensation dépressive s'est guérie.

Le Dr X. _____ a par ailleurs attesté que les capacités cognitives suivantes étaient limitées : capacité de concentration et d'attention (perte du focus par la douleur), une capacité de compréhension, capacités mnésiques (doit recourir à des listes pour la mémoire antérograde), capacité d'adaptation au changement (par des manifestations physiques). Il a enfin précisé que l'exercice d'une activité à plein temps, respectivement à temps partiel était possible de manière fluctuante, une telle activité devant respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités en contact avec la clientèle ou exigeants de

fréquents contacts interpersonnels, ni exigeant de l'endurance, du stress, de la rapidité, ou exigeant une adaptation permanente.

Dans un avis médical du 15 novembre 2013, le Dr K. _____ du SMR a écrit ce qui suit :

« Le SMR reconnaît une IT [incapacité de travail] de 100% dans l'activité habituelle d'opérateur d'emballage dès le 29 janvier 2008 et une CT [capacité de travail] de 100% dans une activité adaptée dès mars 2008.

L'arrêt CASSO du 28 janvier 2013 confirme la décision AI du 26 octobre 2010.

Sur la base d'un rapport médical du Dr P. _____ du 8 janvier 2013, rapport évoquant des troubles psychiques, l'assuré dépose une nouvelle demande.

Dans l'acte de recours du 29 novembre 2010 les répercussions psychiques des problèmes de santé somatiques sont déjà clairement évoquées en page 9. La SUVA a soumis l'assuré à une évaluation psychiatrique le 27 novembre 2008. Ces éléments ont été pris en compte par l'Institution dans sa décision du 26 octobre 2010.

Le Dr X. _____, psychiatre à [...] suit l'assuré depuis le 24 mai 2011. Dans son RM [rapport médical] du 13 septembre 2013 il écrit que les diagnostics qu'il retient comme influençant la capacité de travail existent depuis 2008. En 2009, l'assuré avait été examiné par un psychiatre SUVA durant un séjour à la L. _____ à [...]. La décision SUVA a donc pris en compte les plaintes psychiques de l'assuré. Le SMR s'étant aligné sur la position des médecins de la SUVA, il convient de conclure qu'il n'existe ni élément nouveau ou à même de rendre plausible une modification durable de la CT exigible dans une activité adaptée ou de modifier dans le sens de la restriction les limitations fonctionnelles retenues.

La CT est donc inchangée depuis la dernière décision AI ».

Le 16 avril 2014, l'OAI a demandé à la CNA une copie du dossier de l'assuré.

Le 25 juillet 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assuré le droit à un reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité, retenant que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la décision du 26 octobre 2010 confirmée par l'arrêt du 28 janvier 2013 de la Cour des assurances sociales, et qu'en conséquence son préjudice économique était inchangé (2%).

Par décision du 1^{er} octobre 2014, l'OAI a confirmé ce projet.

E. Par acte du 3 novembre 2014, I._____, par son avocat, Me Aba Neeman, a formé recours contre la décision du 1^{er} octobre 2014, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants tendant à l'octroi, d'une part, d'une rente d'invalidité et, d'autre part, à la mise au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel. Pour le recourant, il est manifeste que l'OAI a fait fi de l'aggravation de son état de santé, laquelle est attestée par le Dr X._____k, et qu'il s'est basé sur un dossier incomplet et non actuel. Selon le recourant, on ne saurait en particulier retenir, comme l'a fait le Dr K._____n, que son état de santé psychique ne s'est pas aggravé par rapport à la situation qui prévalait au moment du consilium psychiatrique réalisé par le Dr W._____ le 27 novembre 2008. En effet, alors que ce dernier médecin n'avait pas mis en évidence de « psychopathologie notoire, sinon un sentiment d'insécurité », le Dr X._____ a posé plusieurs diagnostics psychiatriques, à savoir un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère, un trouble somatoforme douloureux avec somatisations, une modification durable de la personnalité à un syndrome algique chronique, chez une personne avec probable autre trouble de la personnalité (type psychotique) préexistant. Au vu de ces éléments, le recourant est d'avis qu'il a droit à une mesure de reclassement professionnel ainsi qu'à une rente d'invalidité dès lors que son taux d'incapacité de travail est supérieur à 40%.

Dans sa réponse du 19 janvier 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant et se ralliant à l'avis du Dr K._____ du SMR du 15 novembre 2013, selon lequel aucun fait déterminant nouveau, qui n'aurait pas été pris en considération dans la décision du 26 octobre 2010, ne peut être constaté au plan psychiatrique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures de réadaptation), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'OAI, à la suite de la nouvelle demande déposée le 21 décembre 2012.

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 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 16 LPGA).

b) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 et ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

e) Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir

également TF 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3).

f) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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 prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par I. _____ le 21 décembre 2012 et a

repris l'instruction de la cause, le Dr K. _____ ayant considéré, dans l'avis médical du 6 juin 2013, que le rapport du 8 janvier 2013 du Dr P. _____ contenait des éléments nouveaux aptes à justifier une instruction. Il convient dès lors d'examiner si l'état santé du recourant s'est modifié depuis la décision du 26 octobre 2010, confirmée par l'arrêt du 28 janvier 2013 de la Cour de céans, dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestations de l'AI.

a) Dans l'arrêt du 28 janvier 2013, la Cour des assurances sociales a confirmé qu'en raison des atteintes que I. _____ présentait aux épaules (à droite : tendinopathie du sus-épineux sur status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromio-plastie et résection de la clavicule distale et status post infection profonde post-opératoire ; et à gauche : discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse du sous-épineux, sans rétractation ni atrophie), sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité professionnelle. Cependant, la Cour a confirmé qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr O. _____, à savoir toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs et ceci sans limitation de temps ni de rendement. La Cour a précisé que l'évolution postérieure au rapport du Dr Q. _____ du 17 mars 2009 ne modifiait en rien cette appréciation, l'OAI ayant à juste titre considéré que les atteintes constatées à l'épaule gauche n'entraînaient pas, en 2010, de limitations supplémentaires par rapport à celles constatées précédemment par le médecin d'arrondissement de la CNA, comme cela ressortait des avis de juillet et octobre 2010 du Dr C. _____ du SMR. Au plan psychiatrique, la Cour n'a pas retenu d'incapacité de travail et considéré qu'un complément d'instruction n'était pas nécessaire, puisque le consilium psychiatrique effectué par le Dr W. _____ en novembre 2008 n'avait pas conduit à poser un diagnostic psychiatrique ni à une prise en charge spécifique.

b) aa) Dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 21 décembre 2012, le Dr X._____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 24 mai 2011, a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère (F43.2), de trouble somatoforme avec somatisations (F45) et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) chez une personne avec probable autre trouble de la personnalité (type psychotique) préexistant (F60.8). Il a précisé que ces atteintes existaient depuis 2008 et que le trouble de la personnalité était même antérieur. L'OAI, en se fondant sur l'avis médical du Dr K._____, du SMR du 15 novembre 2013, a considéré que la décision du 26 octobre 2010 prenait déjà en compte les plaintes psychiques de l'assuré, puisque selon le Dr X._____ ces atteintes existaient déjà en janvier 2009, lors du consilium psychiatrique du Dr W._____, lequel n'avait pas mis en évidence de psychopathologie notoire, si ce n'est un sentiment d'insécurité.

Or, même si le Dr X._____ a mentionné que les atteintes psychiques étaient présentes depuis 2008, on ne saurait en déduire, comme semble le faire le Dr K._____ - qui n'a au demeurant procédé à aucun examen clinique de l'assuré et n'est pas psychiatre - que les éléments mis en évidence par le Dr X._____ sont simplement une appréciation différente d'un état de santé qui prévalait déjà lors du consilium psychiatrique réalisé par le Dr W._____ en novembre 2008. En effet, le Dr X._____ a également expliqué, dans l'anamnèse, que l'assuré lui avait été adressé par son médecin traitant en mai 2011 seulement alors qu'il présentait une symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et retrait régressif à domicile avec symptômes psychotiques (perplexité, mélancolie). A cette occasion, il apparaît, à la lecture du rapport du Dr X._____, qu'un traitement antidépresseur a été prescrit ou augmenté. Dans le courant de l'année 2012, un traitement neuroleptique complémentaire a dû être introduit, en raison de la persistance de difficultés de sommeil et d'angoisses diurnes puis de l'apparition d'idées persécutives et d'intrusion. Il ressort également du rapport du Dr X._____ que l'assuré est suivi régulièrement lors

d'entretiens psychiatriques mensuels et des bilans de réseau semestriels, sans changement. Au moment du rapport, le Dr X. _____ a expliqué que même si son patient n'avait plus d'idées suicidaires, et que la thymie s'était améliorée grâce au traitement antidépresseur, un fonctionnement psychotique sous-jacent avait été révélé. Ainsi, le patient présentait des moments de perplexité fréquents, des vécus d'intrusion par l'altérité, des angoisses de mort, des douleurs constantes malgré une prise régulière du traitement médicamenteux antalgique et antidépresseur et vivait la majorité du temps reclus à domicile. Le Dr X. _____ a par ailleurs fait un pronostic défavorable, son patient étant complètement anosognosique des aspects psychiques de ses troubles, lesquels ne sont médiatisés que par une expression corporelle de douleur permanente. Il a recommandé la poursuite de la médication antidépressive et anxiolitique ainsi que le suivi par le médecin traitant, vu l'incurabilité psychique actuelle. Force est de constater que ces éléments rendent vraisemblable une aggravation importante - propre à influencer le droit à des prestations d'invalidité - de l'état de santé psychique du recourant dans le courant de l'année 2011, par rapport à la situation qui prévalait jusqu'au moment de la décision d'octobre 2010. En effet, il y a lieu de reconnaître une certaine valeur probante au rapport du Dr X. _____ car ce dernier suit régulièrement le recourant depuis mai 2011 et est donc à même d'attester son état psychique et son évolution. Le rapport du Dr X. _____ tient par ailleurs compte de l'anamnèse, des plaintes du recourant et est bien étayé. Cependant ce rapport manque de précision au sujet de la gravité exacte des troubles psychiques du recourant ainsi que leur influence sur sa capacité de travail. Ces points doivent par conséquent faire l'objet d'un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise. Vu l'absence d'instruction sur les éléments précités en procédure administrative, l'expertise sera mise en œuvre par l'OAI conformément à l'art. 44 LPGA, étant donné qu'il lui appartient au premier chef d'instruire, vu le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

bb) Il convient encore de relever que s'agissant de l'état de santé physique du recourant, la situation ne paraît pas s'être modifiée de

façon à influencer le droit à des prestations de l'AI, par rapport à ce qui prévalait au moment de la décision du 26 octobre 2010. Le recourant ne le soutient par ailleurs pas. Ainsi, en particulier, la problématique des épaules ne s'est pas modifiée notablement, comme cela ressort du rapport du 31 janvier 2012 du Dr J._____, dans lequel il explique qu'il n'y a pas de pathologie mécanique très importante ni à l'épaule droite ni à l'épaule gauche ; vu la persistance des douleurs rapportées par I._____, le Dr J._____ l'a néanmoins adressé au Dr F._____, neurologue, en émettant l'hypothèse d'un problème autour de la racine de C5. Or, le Dr F._____ a effectué des examens clinique et électroneuromyographique qui n'ont donné aucun argument pour une atteinte radiculaire ou tronculaire sous-jacente, susceptible d'expliquer les plaintes du recourant (voir également le rapport du 18 juillet 2012 du Dr N._____ au Dr P._____).

6. a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA et qu'il statue à nouveau.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu d'arrêter à 2'300 fr. et de mettre à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD), cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 au recourant un montant de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour l. _____),
- 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 :